Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-014**
**VERSIÓN: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1781 | C.D.P. No.: | 11 | Proceso al que pertenece: | MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | SAN BLAS |

Nombre del Contratista: Lina Marcela Bautista Fernandez | C.C. 52.460.063 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-02-01 | Fecha Terminación Inicial: 2020-09-30 | Valor Mensual: $ 1.710.000 | Valor a cobrar: $ 1.710.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.289.520 | 11 | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| No. ACTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.432.800 | $ 271.700 | 1026540046 |
| 2 | MARZO | $ 1.432.800 | $ 271.700 | 1027502424 |
| 3 | ABRIL | $ 1.432.800 | $ 271.700 | 1028539159 |
| 4 | MAYO | $ 1.528.320 | $ 157.600 | 1029746323 |
| 5 | JUNIO | $ 1.337.280 | $ 157.600 | 1029952971 |
| 6 | JULIO | $ 1.432.800 | $ 271.700 | 1030721627 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.649.640 | $ 271.700 | 1031321844 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.710.000 | $ 271.700 | 1032012300 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 13.736.320 | $ 15.025.840 | $ 11.956.440 | $ 3.069.400 |

## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTOMA EN SU CONDICION DE CAMILLERO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-09-01 Hasta: 2020-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA , SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE(BARANDAS ARRIBA,OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD), Y DEMAS REGLAMENTACION ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD. | TRASLADO PACIENTE CON PREVIA VERIFICACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE LA CAMA Y SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE SEGÚN NORMAS INSTITUCIONALES | FORMATO HOJA DE RUTA; TRASLADO PACIENTES |
| 2 | TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA. | TRASLADO OPORTUNAMENTE Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO CLÍNICO | FORMATO HOJA DE RUTA: TRASLADO DE MUESTRAS BIOLÓGICAS |
| 3 | USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMEINTOS. | UTILIZO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCCIÓN PERSONAL Y CUMPLO CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 4 | TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC) | TRAMITO EN FACTURACIÓN ORDENES DEL SERVICIO OPORTUNAMENTE | NÚMERO DE ORDEN DE SERVICIO EN RESPECTIVA ÓRDEN MÉDICA, REGISTRO DIGITAL POR FACTURACIÓN |
| 5 | TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS. | TRASLADO OPORTUNAMENTE Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS | SOLICITUDES EN SISTEMA Y DESPACHO POR FARMACIA |
| 6 | RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD. | SOY RESPONSABLE DEL INVENTARIO ASIGNADO SEGÚN EL SERVICIO, UTILIZO ADECUADAMENTE LOS QUIPOS Y ELEMENTOS OBJETO DE MIS ACIVIDADES | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE |
| 7 | REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO. | REALIZO DESINFECCIÓN DE TOOS LOS EQUIPOS SEGÚN EL PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | FORMATO DE ASEO Y DESINFECCIÓN |
| 8 | ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO. | BRINDO UNA ATENCIÓN RESPONSABLE AL PACIENTE Y FAMILIAR BASADA EN EL RESPETO Y LA CALIDEZ HUMANA | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 9 | CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA. | MANTENGO EN RESERVA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 10 | ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES. | ASISTO A TODAS LAS CAPACITACIONES SEGÚN MI LABOR Y LAS INDICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA | FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA A CAPACITACIONES |
| 11 | MANTENER RESERVA DE LA INFORMACION QUE LE SEA SUMINISTRADA EN DESARROLLO DE SU SERVICIO Y DE TODOS AQUELLOS PROPIOS DEL MISMO. | MANTENGO EN RESERVA TODA LA INFORMACIÓN QUE SE ME SUMINISTRA PARA LA BUENA ATENCIÓN DEL PACIENTE | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 12 | INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES. | INFORMO OPORTUNA Y RESPETUOSAMENTE TODOS LOS DAÑOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES | |
| 13 | INFORMAR OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DEL PROCESO, INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN CON PACIENTES , MUESTRAS Y EQUIPOS. | INFORMO OPORTUNAMENTE TODOS LOS INCONVENIENTES PRESENTADOS CON LOS PACIENTES, MUESTRAS Y EQUIPOS | |
| 14 | TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN. | TRASLADO TODOS LOS PACIENTES A LA MORGUE Y SE UBICA EN NEVERA CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y REGISTRO EN LIBRO ASIGNADO PARA TAL FIN |
| 15 | REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA, DE CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. | TRASLADO A LOS PACIENTE EN FORMA OPORTUNA Y CON TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD A LA TOMA DE EXÁMENES Y VALORACIONES | NOTAS DE ENFEMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 16 | TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS ORDENES DE EXAMENES ESPECIALES EMITIDAS COMO TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, ETC. | TRAMITO DE MANERA OPORTUNA LAS ÓRDNES DE EXÁMENES ESPECIALES. | LIBRO ASIGNADO PARA DICHO FIN |
| 17 | DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD. | CUMPLIO CON TODAS LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS EN LA ENTIDAD | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 18 | OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. | BRINDO UNA ATENCION AL PACIENTE Y FAMILIAR CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA, BASADA EN EL RESPETO Y LA RESPONSIBILIDAD | NOTAS DE ENFEMERÍA, REGISTRO POR AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 19 | PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CODIGO ROJO , CODIGO AZUL Y APLICACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES. | PARTICIPO ACTIVAMENTE EN ACTIVIDADES COMO CÓGIGO ROJO, AZUL SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 20 | REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS. | REALIZO ENTREGA DE TODAS LAS ACTIVIDADES OBJETO DE MI CONTRATO. | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE |
| 21 | EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. | REALIZO TODAS LAS ACTIVIDADES OBJETO DE MI CONTRATO, SEGÚN EL PROTOCOLO DE LA ENTIDAS Y BAJO TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD | NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍA |
| 22 | RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO MISIONAL DE LA ENTIDAD, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. | RECIBO Y ENTREGO TURNO SEGÚN CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD | RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON MI COMPAÑERO CORRESPONDIENTE |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Marcela Bautista
Firma del Contratista

C.C. 52.460.063 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | NATALY DUQUE SALAZAR |
| CARGO: | ENFERMERA |
| FIRMA | |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-09-16, 03:43:40 P.M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1032012300

Periodo Cotización: agosto de 2020 Periodo Servicio: agosto de 2020 Referencia pago (PIN): 8811223890

**PAGADO 16/09/2020**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC52460063 | **Dirección** | CRA 9 BIS A # 49 F 46 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3192250780 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| C 52460063 | LINA MARCELA BAUTISTA FERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 877.803 | $ 140.500 | (ESSC24) EPS-S COOSALUD | $ 877.803 | $ 109.800 | 2,436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 0 | $ 271.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.