

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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS,1787** C.D.P. No.: **10** Proceso al que pertenece: **MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL**
 Unidad a la que pertenece: **SAN BLAS**

Nombre del Contratista: **PABLO ANDRÉS PATIÑO AVILA** C.C. **1.033.739.610** de: **BOGOTÁ**

Fecha Inicio: **2020-02-01** Fecha Terminación Inicial: **2020-07-31** Valor Mensual: **\$ 1.432.800** Valor a cobrar: **\$ 1.528.320**

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 1.432.800	\$ 272.800	9401313873
2	MARZO	\$ 1.671.600	\$ 272.800	9403110384
3	ABRIL	\$ 1.432.800	\$ 272.400	9404185037
4	MAYO	\$ 1.473.120	\$ 157.600	9405243170
5	JUNIO	\$ 1.528.320	\$ 157.600	9406391517
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9.838.560	\$ 9.838.560	\$ 7.539.540	\$ 2.299.020

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: **2020/06/01** Hasta: **2020/06/30**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las indiquen en la medida)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
1. TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA, SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE (BARANDAS, ARRIBA OXÍGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRÍO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD, Y DEMÁS REGLAMENTACIÓN ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD.	realizo traslado de paciente verificando nombre apellido edad tambien verificando cama odosponibilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de traslado con medidas de seguridad con respecto responsabilidad y respetando la privacidad del paciente
2. TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLÓGICAS AL LABORATORIO CLÍNICO, DE FORMA OPORTUNA.	realizo traslado de laboratorios con debido protocolo y en el menor tiempo disponible en forma oportuna
3. USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMIENTOS.	uso debidamente los elementos bioseguridad en el traslado de muestras al laboratorio
4. TRAMITAR LA FACTURACIÓN DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC).	realizo traslado oportuno de salidas facturaciones ecografias en forma oportuna
5. TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS.	traslado de material quirurgicos e insumos en el menor tiempo posible
6. RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD.	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y batas de oxigeno del servicio
7. REALIZAR LA DESINFECCIÓN DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO.	realizo desinfeccion sillas de ruedas de los servicios con protocolo
8. ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO.	entrego turno de manera respetuosa a los pacientes comentando los procedimientos exámenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros
9. CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLÍNICA.	realizo traslado de salidas garantizando con respeto y reserva la historia clinica o documento hospitalario
10. ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES.	asisto alas reuniones y capacitaciones realizadas en la unidad
11. MANTENER RESERVA DE LA INFORMACIÓN QUE LE SEA SUMINISTRADA EN DESARROLLO DE SU SERVICIO Y DE TODOS AQUELLOS PROPIOS DEL MISMO.	mantengo con reserva la informacion que me es suministrada en los servicios
12. INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES.	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utilizamos en el servicio durante el turno
13. INFORMAR OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DEL PROCESO, INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN CON PACIENTES, MUESTRAS Y EQUIPOS.	informo adecuadamente al jefe o personal inconciascias que comente el paciente en el momento de ser trasladado a algun examen
14. TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN.	realizo traslado de paciente fallecido con la medidas y protocolo de seguridad con el debido respeto ubicandolo en la nevera o en la morgue con los debidos cuidados
15. REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXÁMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA, DE CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	traslado pacientes a exámenes tales como ecografias rayos x a endoscopias y fisiatra oftalmologiascologia y otros
16. TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS ORDENES DE EXÁMENES ESPECIALES EMITIDAS COMO TAC, ECOGRAFIAS, ECGARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, ETC.	tramito ordenes tales como exámenes especiales oportunamente y en conformidad a como lo requiere el servicio
17. DAR CUMPLIMIENTO A GUÍAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.	realizo y leo los protocolos e instructivos establecidos por la unidad
18. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCIÓN HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA.	ofrezco buen trato y respeto a los pacientes y familiares en todo momento tanto en traslado a exámenes o salidas ala casa
19. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CÓDIGO ROJO, CÓDIGO AZUL Y APLICACIÓN DE LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS DE GESTIÓN DE HEMOCOMPONENTES.	participo activamente cuando hay traslados de pacientes cuando hay codigo azul o en el momento que requieren de mi servicio
20. REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS.	entrego turno adecuadamente y oportunamente
21. EJERCER LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESIÓN DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	ejero mis actividades según mi profesion con actitud y respeto
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 lo acordado comentando pormenores o pendientes

Observaciones:

Firma del Contratista: **[Firma]**

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

C.C. **1.033.739.610** de **BOGOTÁ**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	NATALY DUQUE
CARGO:	ENFERMERIA
FIRMA:	[Firma]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1033739610		PRIMO AVILA PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 40C SUR N 27-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla
2020-05	2020-05	04013278	9406391517	2020/06/03	2020/06/12	2020/06/12	2020/06/12	2020/06/12	2020/06/12
				Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	\$157,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,400	\$0	\$0	\$0	\$26,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$26,400	\$0	\$0	\$0	\$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0	\$0	\$0	\$21,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$21,400	\$0	\$0	\$0	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$0	\$109,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$157,600	\$0	\$0	\$0	\$157,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033739610		PATINO AVILA PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 40C SUR N 27-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
Pension Salud	Pago		Planilla	Limite					
2020-05	04013278	9406391517	I	2020/06/03	2020/06/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$157,600	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$26,400			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$877,803	\$26,400			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$877,803	\$26,400			
1	CC 1033739610	PATINO PABLO	230201	30	\$877,803	\$26,400	EP5008	30	\$877,803
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$26,400			

				CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
				Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
						\$0	\$109,800			\$0	\$21,400	\$0
						\$0	\$109,800			\$0	\$21,400	\$0
						\$0	\$109,800			\$0	\$21,400	\$0
					0	\$0	\$109,800		14-7	\$0	\$21,400	\$0
						\$0	\$109,800			\$0	\$21,400	\$0
						\$0	\$109,800			\$0	\$21,400	\$0