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

180

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: $ 1.432.800

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. CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.432.800	$ 271.700	10265400-16
2	MARZO	$ 1.432.800	$ 271.700	10: 7502434
3	ABRIL	$ 1.432.800	$ 271.700	10: 8539159
4	MAYO	$ 1.528.320	$ 157.600	10: 9746373
5	JUNIO	$ 1.337.280	$ 157.600	10: 9952971
6	JULIO	$ 1.432.800	$ 271.700	10: 0721627
7	AGOSTO	$ 1.649.040	$ 271.700	10: 1321644
8	SEPTIEMBRE	$ 1.710.000	$ 271.700	10: 2012300
9	OCTUBRE	$ 1.528.320	$ 271.700	10: 2012300
10	NOVIEMBRE	$ 1.432.800	$ 271.700	10: 3275004
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.736.320	$ 15.025.840	$ 14.917.560	$ 108.280

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: 2020-11-01 Hasta: 2020-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS 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 DE L 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 MUESTRAS BIOLOGICAS
3	USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMIENTOS.	UTILIZO TODOS LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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	NUMERO DE ORDEN DE SERVICIO HC RESPECTIVA ORDEN 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 EQUIPOS 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 TODOS 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 ATENCION 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 SEGUN MI LABOR Y LAS INDICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA 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 ENFERMERIA, 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 VALOPACIONES	NOTAS DE ENFERMERÍA, 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 ÓRDENES 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 ENFERMERÍ
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 ENFERMERÍA, 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 CODIGO ROJO, AZUL SEGÚN PROTOCOLO INSTITUCIONAL Y TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍ
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, SEGUN EL PROTOCOLO DE LA ENTIDAD Y BAJO TODAS LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD	NOTAS DE ENFERMERÍA, REGISTRO POR JEFE Y AUXILIARES DE ENFERMERÍ
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 CONTRATO

NOMBRE:	[illegible]
CARGO:	[illegible]
FIRMA	C.C. [illegible] RUN: 2287 [illegible] R.U.C.S.