

02

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
VERSION: 02
FECHA: 2020-05-04

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2064 2020 **C.D.P. No.:** 11 **Proceso al que pertenece:** PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA

Unidad a la que pertenece: UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA **C.C.** 1016081374 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 2020-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2020-07-31

Valor Mensual: \$ 1.710.000 **Valor a cobrar:** \$ 1.710.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.292.480		2020-08-01	2020-08-31
2	\$ 2.378.640		2020-10-01	2020-10-31
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1				
2	FEBRERO	\$ 1.528.320	\$ 271.700	8340839315
3	MARZO	\$ 1.432.800	\$ 271.700	8341225956
4	ABRIL	\$ 1.480.560	\$ 271.700	8342020294
5	MAYO	\$ 1.337.280	\$ 157.600	8342528201
6	JUNIO	\$ 1.623.840	\$ 271.700	8343142074
7	JULIO	\$ 1.432.800	\$ 271.700	8344151550
8	AGOSTO	\$ 1.676.160	\$ 271.700	8344740992
9	SEPTIEMBRE	\$ 1.710.000	\$ 271.700	8345230116
10				
11				
12				
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.122.160

VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 13.793.280

PAGOS REALIZADOS \$ 12.221.760

SALDO DEL CONTRATO \$ 1.571.520

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 AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE CAMILLERO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIAL EN LOS PROCESOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA, URGENCIAS Y QUIRÚRGICAS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las ciudades en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO 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 (bandas arriba, oxígeno, protegiendo al paciente del frío, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la Entidad.	Se garantizó el traslado de los pacientes entre las diferentes áreas de manera oportuna, segura, humanizada y garantizando la seguridad del paciente en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
2. Traslado las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna.	Se realizó el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
3. Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.	Se realizó el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguridad en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	
4. Transferir la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.).	Se realizó la gestión de facturación del 100% de las órdenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnóstico en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
5. Traslado los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	Se realizó el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura	
6. Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad.	Se garantizó la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE del 2020	
7. Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.	Se garantizó el proceso de limpieza y desinfección de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE del 2020	
8. Asistir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de SEPTIEMBRE se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	
9. Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica.	Se garantizó el manejo de la historia clínica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	
10. Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades.	Se realizó la participación en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Listado de Asistencia
11. Mantener reserva de la información que se le suministró en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo.	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencialidad de la información	
12. Informar datos de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	Para el mes de SEPTIEMBRE se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	
13. Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos.	Durante el mes de SEPTIEMBRE del 2020, se garantizó una comunicación efectiva y oportuna con el equipo de trabajo	
14. Traslado los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	El 100% de los cadáveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido.	Formato Hoja de ruta de Camillero
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.	Se garantizó el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes áreas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
16. Transferir oportunamente las órdenes de exámenes especiales emitidas como las, ecografías, ecocardiogramas, radioscopías, etc.	Se realizó la gestión administrativa del 100% de las órdenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnóstico en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	Formato Hoja de ruta de Camillero
17. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.	Las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE del 2020 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	
18. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Se garantizó la atención del paciente con calidez y humanización a los pacientes asignados en el mes de SEPTIEMBRE del 2020	
19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemocomponentes.	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atención de los pacientes con código rojo, azul teniendo encuesta directriz institucional	Formato Hoja de ruta de Camillero
20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.	Se garantizó el registro de las actividades de la Hoja de ruta del camillero	Formato Hoja de ruta de Camillero
21. Ejecutar las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de SEPTIEMBRE de acuerdo a las competencias	Formato Hoja de ruta de Camillero
22. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto nacional de la Entidad.	Se realizó el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional	L. libro entrega de turno

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

Jenny Marcela Cepeda Ariza
Firma del Contratista

C.C. 1.016.081.374 de BOGOTÁ

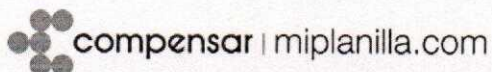
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA:	

Señor(es): JENNY MARCELA CEPEDA ARIZA
Nit: CC 1016081374
Dirección: CR 99 A 26 28 SUR
Teléfono: 3911536 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	JENNY MARCELA CEPEDA
Tipo y número de identificación	1016081374
Número de radicación planilla	8345223016
Fecha de pago	9/7/2020
Número de autorización de pago	95527462
Banco	1023
Valor Comisión	50

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2020
Periodo cotización pensión	Septiembre 2020
Periodo cotización caja	Septiembre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	\$271.700
Total interés mora	\$0

[illegible]

/au