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 6816 | **C.D.P. No.:** | 2943 | **Proceso al que pertenece:** | CAMILLERA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | HOSPITAL LA VICTORIA |
| **Nombre del Contratista:** | BEATRIZ JANETH LURDUY GARCIA | **C.C.** | 52.896.734 | **de:** | BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2020-11-07 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-01-30 | **Valor Mensual:** | $ 1.528.320 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.528.320 | | | | |

| # | ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | $ 3.820.800 | 2943 | 2020-11-07 | 2021-01-31 |
| | 2 | | | | |
| | 3 | | | | |
| | 4 | | | | |
| | 5 | | | | |
| | 6 | | | | |
| | 7 | | | | |
| | 8 | | | | |
| | 9 | | | | |
| | 10 | | | | |
| | 11 | | | | |
| | 12 | | | | |
| | 13 | | | | |
| | 14 | | | | |
| | 15 | | | | |
| | 16 | | | | |
| | 17 | | | | |
| | 18 | | | | |
| | 19 | | | | |
| | 20 | | | | |
| | 21 | | | | |
| | 22 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Diciembre | $ 1.432.800 | $ 271.300 | 1033752142 |
| 2 | DICIEMBRE | $ 1.432.800 | $ 271.300 | 1033752567 |
| 3 | ENERO | $ 1.528.320 | $ 271.300 | 8821336910 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.820.800 | $ 5.411.208 | $ 1.528.320 | $ 3.882.888 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-01-01 **Hasta:** 2021-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO 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 demás reglamentación establecida por la Entidad. | Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizadomy grantizando la seguridad del paciente en el mes Enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. | Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad en el mes de Enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 3 | Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos. | Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adevuado de los elemntos de bioseguriad en el mes de Enero del 2021 | |
| 4 | Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.) | Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de Enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 5 | Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. | Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura | |
| 6 | 6. Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad. | Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumllimiento de las activiades programadas para el mes de Enero de 20201 | |
| 7 | Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo. | Se garantizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de Enero de 2021 | |
| 8 | Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio | Para el mes de Agosto se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | |
| 9 | Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clinica | Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de Enero del 2021 | |
| 10 | Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades. | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de Enero del 2021 | Listado de Asistencia |
| 11 | Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo. | las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12 | Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | para el mes de Agosto 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 Enerodel 2021, se garantizo una comunicacion efectiva y oprtuna con el equipo de trabajo | |
| 14 | Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin. | El 100% de los cadaveres se trasladaron de cauerdo 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 garantizo el traslado del 100% de los pacienets a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de Enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc. | Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacienetes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de Enero del 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 17 | Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad. | Las actividades programadas para el mes de Agosto de 2021se realizaron de acuerdo a los protcolos 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 garantizo la atencion del paciente con caliadad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de Enero del 2021 | |
| 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 atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 20 | Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. | Se garantizo el registto de las activiades de la Hoja de ruta del camillero | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 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. | Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de Diciembre de acuerdo a las competencias | |
| 22 | Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad. | se realizo el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional | 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

Beatriz Janeth Lordy G.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.896.734 **de** BOGOTA

| | | |
|---|---|---|
| I | 0,5 | 1 |
| II | 1 | 1 |
| III | 2,4 | 2 |
| IV | 4,4 | 4 |
| V | 7 | 7 |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | NESTOR DANIEL SANDOVAL |
| **CARGO:** | REFERENTE DE ENFERMERIA |
| **FIRMA** | |