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 2185 2020 | **C.D.P. No.:** | 11 | **Proceso al que pertenece:** | PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UNIDAD SANTA CLARA |

**Nombre del Contratista:** MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDOZA **C.C.** 53.168.375 **de:** BOGOTA

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

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.138.280 | | 2020-08-01 | 2020-08-31 |
| 2 | $ 2.569.680 | 3231 | 2020-01-10 | 2020-10-31 |
| 3 | $ 1.527.760 | 3444 | 2020-01-11 | 2020-11-30 |
| 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 | $ 2.045.720 | $ 271.700 | 4319493431 |
| 3 | MARZO | $ 1.385.040 | $ 271.700 | 4324674541 |
| 4 | ABRIL | $ 907.440 | $ 271.700 | 4328272146 |
| 5 | MAYO | $ 1.862.640 | $ 271.700 | 4331657091 |
| 6 | JUNIO | $ 1.719.360 | $ 271.700 | 4336515473 |
| 7 | JULIO | $ 1.528.320 | $ 271.700 | 4341944781 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.580.640 | $ 271.700 | 4346959949 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.482.000 | $ 271.700 | 4350895459 |
| 10 | OCTUBRE | $ 1.528.320 | $ 271.700 | 4355121737 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 1.432.800 | $ 271.700 | 4360507368 |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10.602.720 | $ 15.838.440 | $ 15.472.280 | $ 366.160 |

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

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-30-11

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | 1. Trasladar 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 noviembre del 2020 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | 2. Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. | Las actividades programadas para el mes de noviembre de 2020 se realizaron de acuerdo a los protcolos institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 3 | 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 elementos de bioseguriad en el mes de noviembre del 2020 | |
| 4 | 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 noviembre del 2020 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 5 | 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 cumlimiento de las actiaviades programadas para el mes de noviembre de 2020 | |
| 7 | 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 cumplimento de las actividades programadas para el mes de noviembre de 2020 | |
| 8 | 8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. | Para el mes de octubre se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | |
| 9 | 9. Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica. | Se garantizo el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de noviembre del 2020 | |
| 10 | 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 noviembre del 2020 | Listado de Asistencia |
| 11 | 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 | 12. Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | para el mes de noviembre se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas | |
| 13 | 13. Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos. | Durante el mes de noviembre del 2020, se garantizo una comunicacion efectiva y oprtuna con el equipo de trabajo | |
| 14 | 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 | 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 noviembre del 2020 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | 16. Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales similares 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 noviembre del 2020 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 17 | 17. Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad. | Las actividades programadas para el mes de noviembre de 2020 se realizaron de acuerdo a los protcolos institucionales | |
| 18 | 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 noviembre del 2020 | |
| 19 | 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 | 20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. | Se garantizo el regsitto de las actiaviades de la Hoja de ruta del camillero | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 21 | 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 noviembre de acuerdo a las competencias | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 22 | 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:**

A

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

ANGELICA RODRIGUEZ
**Firma del Contratista**

**C.C.** 53.168.375 **de** BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | |
| **CARGO:** | |
| **FIRMA** | Liliana P. Clavijo C.C. No. 52.451.204 Enfermera PYP |

soi

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 53168375 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA ANGELICA RODRIGUEZ MENDOZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | FAKITA19261@HOTMAIL.COM | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4360507368** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | octubre AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre AÑO | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2020/11/11 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9992664097 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.500 | $ 0 | $ 140.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 140.500** | **$ 0** | **$ 140.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 109.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 109.800** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 21.400 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 21.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 21.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 21.400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 53168375 | RODRIGUEZ MENDOZA MARIA ANGELICA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 877.803 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 877.803 | $ 140.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 140.500 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 877.803 | $ 109.800 | $ 0 | $ 109.800 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 877.803 | 53168375 | $ 21.400 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| **TOTAL** | **$ 271.700** |
|---|---|

Planilla Pagada