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: | PS28122021 | C.D.P. No.: | 302 |
| Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL - ENFERMERIA | | |
| Unidad a la que pertenece: | UNIDAD SANTA CLARA | | |
| Nombre del Contratista: | CARLOS ANDRES GARCIA MORALES | C.C. | 1.070.782.085 de: SASAIMA |
| Fecha Inicio: | 2021-02-01 | Fecha Terminación Inicial: | 2021-03-31 |
| Valor Mensual: | $ 1.603.800 | Valor a cobrar: | $ 1.603.800 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.187.000 | 302 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | | | | |
| 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 | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 1035800869 |
| 3 | MARZO | $ 1.603.800 | $ 299.400 | 10366468134 |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 3.726.000 | $ 5.913.000 | $ 3.256.200 | $ 2.656.800 |

## 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: 2021-03-01 Hasta: 2021-03-31

| | 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 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 oportuna, segura, humanizadorny grantizando la seguridad del paciente en el mes MARZO DE 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | 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 MARZO DE 2021 | 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 bioseguridad en el mes de MARZO DE 2021 | |
| 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 MARZO DE 2021 | 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 las asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad. | Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de MARZO DE 2021 | |
| 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 cumplimiento de las actividades programadas para el mes de MARZO DE 2021 | |
| 8 | 8. Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y acompañeros del servicio. | Para el mes de mayo 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 MARZO DE 2021 | |
| 10 | 10. Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la unidad, de conformidad con sus actividades. | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de MARZO DE 2021 | 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 confidencialidad de la informacion | |
| 12 | 12. Informar daños de equipos o incidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | para el mes de MARZO 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 MARZO DE 2021, se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna 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 acuerdo 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 MARZO DE 2021 | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | 16. Tramitar oportunamente las órdenes 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 MARZO DE 2021 | 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 MARZO 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 calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de MARZO DE 2021 | |
| 19 | 19. Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de bioseguridad. | Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directrices institucionales | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 20 | 20. Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. | Se garantizo el registro de las actividades de la Hoja de ruta del camillero | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 21 | 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 MARZO 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:**

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

Carlos Andres garcia
Firma del Contratista

C.C. 1.070.782.085 de SASAIMA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | |
| CARGO: | Tatiana P. Clavijo Q. C.C. No. 52.431.204 Bta Enfermera P.U.J. |
| FIRMA | |

Escaneado con CamScanner

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple

**Fecha creación reporte** 2021-03-12, 10:32:14 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1036468134

**Periodo Cotización** 202102 **Periodo Servicio** 202102

**Cliente:**

## PAGADA 2021-03-12

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CARLOS ANDRES GARCIA MORALES | | | | |
| **Documento** | CC 1070782085 | **Dirección** | CR 6BIS #65 D - 31 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 7683973 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 1070782085 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | GARCIA MORALES CARLOS ANDRES | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | | | | | $ 908.526 | 230201 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | CCF22 | 2 % | $ 908.526 | $ 18.200 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION (ING + PROTECCION) | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Escaneado con CamScanner