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-I A-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PC24462021	**C.D.P. No.:**	302	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista:	YEIMMYMILLANCRUZ	**C.C.**	52,533,740	**de:**	BOGTOTA		
Fecha Inicio:	2021-02-01	**Fecha Terminación Inicial:**	2021-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1,506,600	**Valor a cobrar:**	$ 1,603,800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	NÚMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1,555,200	$ 281,200	4372420421
2	MARZO	$ 1,603,800	$ 281,200	4377010718
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4,374,000	$ 4,374,000	1,555,200	$ 2,818,800

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 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:** 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	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 DEL FRIO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) Y DEMAS REGLAMENTACION ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD.	realizo traslado de paciente verificanco nombre apellido edad tambien vericando cama odisponibilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de tralado con medidads de seguridad con respeto responsabilidad y respetando la privacidad del paciente	comento y entrego paciente en el sevicio en forma adecuada con respeto hacia el paciente y el personal de salud
2	TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA.	realizo traslado de laboratorios con debido protocolo y en el menor tiempo disponible en forma oportuna	realizo traslado de muestras al laboratorio registrandolas en mi hoja de ruta
3	USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMIENTOS.	uso debidamente los elementosde bioseguridad en el traslado de muestras al laboratorio	uso mis implementos de seguridad en el momento de trasladar las muestras
4	TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC)	realizo traslado oprtunamente de salidas facturacionrx ecografias en forma oportuna	tramito de forma rapida y adecuadalas ordenes y examenes que me entregan para radicar y
5	TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS	traslado de rematerial quirurgicos y insumos en el menor tiempo posible	velo por el buen uso de las sillas de ruedas o elementos que utilizamos durante la jornada laboral
6	RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD.	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio	entrego sillas que halla utilizado en el turno en uen estado
7	REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO.	realizo desinfeccionde sillas de ruedas de los servicios con protocolo	cumplo haciendo las desinfecciones correspondientes
8	ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO.	entrego turno de manera respetuosa a los pacientes comentando los procedimientos examenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros	n
9	CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA.	realizo traslado de salidas garantizando con respeto y reserva la historia clinica o documento hospitalario	conservo con respeto la historia clinica en el momento del traslado a facturacion
10	ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES.	asisto alas reuniones y capacitaciones ralizasdas en la unidad	asisto alas reuniones y capacitaciones con fome lo ordena el departamento o mi jefe inmediato
11	MANTENER RESERVA DE LA INFORMACION QUE LE SEA SUMINISTRADA EN DESARROLLO DE SU SERVICIO Y DE TODOS AQUELLOS PROPIOS DEL MISMO.	mantengo con reserva la informacion que me es suministrada en los sevicios	respeto la informacion suministracia en los servicios
12	INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES.	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utilizamos en el servicio durante el turno	informo por daños que puedan haber durante el turno
13	INFORMAR OPORTUNAMENTE AL REFERENTE DEL PROCESO, INCONVENIENTES QUE SE PRESENTEN CON PACIENTES , MUESTRAS Y EQUIPOS.	informo adecuadamente al jefe o personal inconsistencias que comente el paciente en el momento de sertraladado a algun examen	informo alos jefes o auxiliares inconformidades que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad haber
14	TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN.	realizo traslado de paciente fallecido con la medidas y protocolo de segurida con el debido repeto ubicandolo en la nevera o en la morge con los debidos cuidados	realizo traslado de cadaver ala morge y lo ubico en la nevera de manera adecuada
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 pacientes a examenes talaes como ecografias rayos x a endoscopias y fisiatria oftalmologia,sicologia y otros	llevo pacientes a sus respectivos examnes
16	TRAMITAR OPORTUNAMENTE LAS ORDENES DE EXAMENES ESPECIALES EMITIDAS COMO TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS, ETC.	tramito ordenes tales como examenes especiales oportunamente y en conformidad a como lo requiere el servicio	realize tramite de examenesy interconsultas talees como ecografias ecocardiogramas rayos x
17	DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.	realizo y leo los protocolos y intructivos estableicidos por la unidad	leo los protocolos institucionales
18	OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD	ofresco buen trato y respeto alos pacientes y familiares en todo momento tanto en traslado a examenes o salidas ala casa	ofrezco buen trato a los pacientes y familiaresy compañeros y jefes
19	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CODIGO ROJO , CODIGO AZUL Y APLICACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES.	participo activamente cuando hay traslados de pacientes cuando hay codigo azul o en el momento que requieran de mi servicio	estoy alenta alos llamados cuando se presentan codigos o en el momento que lo requiera el servicio
20	REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS.	entrego turno adecuadamente y oportunamente	hago entrega de turno y comento pormenores o pendientes
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.	ejerso mis actividades segun mi profesion con actitud y respeto	informo alos jefes o auxiliares inconformidades que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad haber
22	RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL QRUETO MISIONAL DE LA ENTIDAD, CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.	recibo y entrego turno según lo acordado comentando pormenores o pendienies	entrego turno de acuerdo a lo acordado con los jefes y compañeros

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Yeimmy Millan Cruz
Firma del Contratista

C.C. 52,533,740 **de** BOGTOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MAYERLI MARTINEZ Melba Quintero
CARGO:	ENFERMERIA
FIRMA	

P/ Mayerli Martinez
ENFERMERA JEFE
UPA
SUBRED I.C.S.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52533740
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YEIMMI MILLANCRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 7 3-52 SUR	TELÉFONO:	6943082
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:			4377010718	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/03/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994209313

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 0	$ 145,400
SUBTOTALES:										$ 145,400	$ 0	$ 145,400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 113,600
SUBTOTALES:													$ 113,600	$ 0	$ 0	$ 113,600

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
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22,200	$ 22,200	$ 0	$ 0	$ 22,200
SUBTOTALES:									$ 22,200	$ 0	$ 0	$ 22,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52533740	MILLAN CRUZ YEIMMY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 908,526				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 908,526	$ 145,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145,400	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 908,526	$ 113,600	$ 0	$ 113,600	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 908,526	52533740	$ 22,200		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 281.200

Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745709751

(415)7707212489984(8020) 000001474570975 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 2 5 3 3 7 4 0	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 5 3 3 7 4 0	1 9 9 7 0 6 1 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MILLAN	CRUZ	YEIMMY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 7 ESTE 3 52 SUR BRR SAN CRISTOBAL SUR

42. Correo electrónico: yeimmymillan1979@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	- 6 6 1 8 6 5 8	3 1 2 5 7 2 5 6 1 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 5 0 3 0 4	8 6 9 9	2 0 1 6 1 0 1 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 03 - 05 / 12 : 37: 08

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MILLAN CRUZ YEIMMY
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO