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 2691 2021 | **C.D.P. No.:** | 302 | **Proceso al que pertenece:** | ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |
| **Nombre del Contratista:** | JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA | **C.C.** | 1.023.921.783 | **de:** | BOGOTÁ |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-06 | **Fecha Terminación Incial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 1.458.000 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.992.600 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.187.000 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3.280.500 | 1224 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 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 | FEBRERO 2021 | $ 1.555.200 | $ 281.200 | 9993894213 |
| 2 | MARZO 2021 | $ 1.992.600 | $ 281.200 | 9994338058 |
| 3 | ABRIL 2021 | $ 1.846.800 | $ 281.200 | 9994594366 |
| 4 | MAYO 2021 | $ 1.992.600 | $ 281.200 | 9994994931 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 4.374.000 | $ 9.841.500 | $ 7.387.200 | $ 2.454.300 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

OBJETIVO: PRESTAR SERVICIOS DEACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 31/052021

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (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 MAYO 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 deMAYO 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 MAYO 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 MAYO 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 cumlimiento de las activiades programadas para el mes de MAYO de 2021 | |
| 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 MAYO de 2021 | |
| 8 | Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio | Para el mes de MAYO se cumplieron las actividaes asignadas de manera responsable y trabajo en equipo | |
| 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 MAYO 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 MAYO 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 MAYO 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 deMAYO del 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 MAYO del 2021 | |

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**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 16 | Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografias, 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 MAYO 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 MAYO de 2021 se 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 deMAYO 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 MAYO 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

Julian Cruz.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.023.921.783 **de** BOGOTÁ

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** | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1023921783 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JULIAN ANDRES CRUZ PENA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CLL 46 SUR N 15 40 ESTE | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4384710903 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | abril | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | abril | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/05/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9994994931 |

### 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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 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 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 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 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS 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 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | | REFORMA TRIBUTARIA | INO | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VRP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1023921783 | CRUZ PENA JULIAN ANDRES | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 102392178 | $ 22.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 281.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

Cuenta de cobro 004-2021

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**Nit.900.959.051-7**

**DEBE A:**

JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA

CC:1023921783 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**Millón novecientos noventa dos mil seisientos pesos (1.992.600)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2691 de 2021 correspondiente al mes de abril de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DEACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE CAMILERO CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Julian Cruz.

**JULIAN ANDRES CRUZ PEÑA**

CC:1023921783

teléfono: 3213174218

Dirección Calle 47 sur # 7ª – 18 este

No de cuenta: 008480341703 Ahorros Davivienda

Fecha: 31/MAYO/2021