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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1488 2018	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACION BAJA COMPLEJIDAD
				Unidad a la que pertenece:	APH

Nombre del Contratista: DIAZ GARCIA LUZ ANGELA **C.C.** 51.905.212 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación inicial:** 2018-06-09 **Valor Mensual:** **Valor a cobrar:** $ 1.118.040

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5			SU	
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	ENERO	$ 1.118.040	$ 226.200	1009965396
2				
3				
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	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.826.280	$ 7.826.280	$ 1.118.040	$ 6.708.240

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICIÓN DE TÉCNICO EN AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	VER DOCUMENTO ADJUNTO	VER DOCUMENTO ADJUNTO
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Observaciones:
PLANILLA No. 1009965396

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

Firma del Contratista

C.C. 51.905.212 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: Luz Guisette Alvarez
CARGO: Enfermera.

Luz Guisette A

Gmail **SUB RED CENTRO ORIENTE <autoriza4.subredcentrooriente@gmail.com>**

RV: TRASLADO PRIMARIO ROMERO AREVALO AMY

1 mensaje

Autorizaciones POS <AutorizacionesPOS@saludtotal.com.co> 18 de diciembre de 2017, 14:47
Para: SUB RED CENTRO ORIENTE <autoriza4.subredcentrooriente@gmail.com>

Buen día,

Protegido con autorización para TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES (BOGOTA) -(S31301) No.95550V1718840026 emitida el 12/16/2017

Cordialmente,

Johanna Miranda M.
Back Office AES
SALUD TOTAL EPS-S
Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo
Dirección: Avenida 68 N° 14-80 - Bogotá DC - Colombia
Teléfono: 018000110438 - 0316068787
AutorizacionesPos@saludtotal.com.co

De: SUB RED CENTRO ORIENTE [autoriza4.subredcentrooriente@gmail.com]
Enviado: sábado, 16 de diciembre de 2017 03:39 p.m.
Para: Autorizaciones POS
Asunto: TRASLADO PRIMARIO ROMERO AREVALO AMY

Buenos Dias

De manera cordial les envió archivo adjunto anexo III e historia clínica informando traslado por ambulancia basica 5184 en cumplimiento del decreto 3047.

Les agradeceré su atención.

Paola Forero G
--
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD SAN BLAS II NIVEL
CENTRAL DE AUTORIZACIONES APH

2 archivos adjuntos

TRASLADO PRIMARIO ROMERO AREVALO AMY SAMARA.pdf
1011K

ANEXO III AMY SANDRA ROMERO.pdf
464K

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-01-09, 12:09:54 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1009965396

Periodo Cotización: enero de 2018 **Periodo Servicio:** enero de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8883290160

PAGADO 09/01/2018

S DEL APORTANTE

ocial	LUZ ANGELA DIAZ GARCIA		
nto	CC51905212	**Dirección**	CALLE 27 SUR NO 0011 ESTE
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3108835231
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal	DIAZ GARCIA LUZ ANGELA	**Identificación**	CC 51905212
iliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
ApeEdos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
LUZ ANGELA DIAZ GARCIA	03	00																0	30	30	30	30	(23001) COLFONDOS	$ 737,717	$ 118,100	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 737,717	$ 92,300	0.520	$ 0	$ 0	(CCF21) CAFAM	$ 737,717	$ 14,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225,200

TALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 737,717	$ 737,717	$ 0	$ 737,717	$ 118,100	$ 92,300	$ 0	$ 14,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 225,200	$ 1,000	$ 226,200

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud

FORMATO DE PACIENTE SIN DOCUMENTOS

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA - APH

AMBULANCIA_____ FECHA: DÍA _____MES_____AÑO_____

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Unidad de Servicios de Salud **centro oriente**

CERTIFICA QUE EL PACIENTE _____

IDENTIFICADO_____ DE _____ NO PRESENTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Cédula de ciudadanía _____
2. Registro Civil _____
3. Tarjeta de Identidad _____
4. Cédula de extranjería _____
5. Seguridad Social EPS _____ ARL _____ SOAT _____

MOTIVO:
1. Pérdida _____
2. Robo _____
3. Falta de Fotocopias _____

_____
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE

_____
FUNCIONARIO HOSPITAL RECEPTOR

FORMATO 202

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría de Salud

FORMATO DE PACIENTE SIN DOCUMENTOS

PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA - APH

AMBULANCIA_____ FECHA: DÍA _____MES_____AÑO_____

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Unidad de Servicios de Salud **centro oriente**

CERTIFICA QUE EL PACIENTE _____

IDENTIFICADO_____ DE _____ NO PRESENTA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

1. Cédula de ciudadanía _____
2. Registro Civil _____
3. Tarjeta de Identidad _____
4. Cédula de extranjería _____
5. Seguridad Social EPS _____ ARL _____ SOAT _____

MOTIVO:
1. Pérdida _____
2. Robo _____
3. Falta de Fotocopias _____

_____
FIRMA PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE

_____
FUNCIONARIO HOSPITAL RECEPTOR

FORMATO 203

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140516 - 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

ACTIVIDADADES Y PRODUCTIVIDAD

FECHA: 10 AL31 DE ENERO DEL 2018

Nº	ACTIVIDADES	CUMLIMIENTO %
1	Realizar el cuidado y atención del paciente durante el traslado primario y/o secundario priorizado. Realizar la atención y manejo del paciente de acuerdo a las instrucciones dadas por el médico de la ambulancia o médico regulador de DCRUE y ajustándose a las Guías de atención pre hospitalaria	100%
2	Realizar evaluación, monitoreo y manejo inicial del paciente	100%
3	Realizar reporte de información continua al centro operativo del estado del paciente	100%
4	Recolectar los elementos de prueba y participar en la cadena de custodia de los mismos	100%
5	Cumplir con los protocolos tanto distritales del sistema de emergencia como los propios de la institución	100%
6	Responder en forma inmediata a las solicitudes realizadas por la dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias	100%
7	Permitir al grupo de gestores de atención pre hospitalaria y el grupo de mejoramiento la revisión de los estándares de habilitación las veces que sea requeridas	100%
8	Mantener comunicación permanente de la unidad móvil con la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias, por medio del equipo de radio comunicaciones, buscando optimizar la prestación del servicio de salud para lo cual todos los desplazamientos, información necesaria deben ser reportados y autorizados por el DCRUE	100%
9	Propender por la seguridad del paciente utilizando las técnicas adecuadas de movilización, inmovilización y aseguramiento dentro del vehículo	100%
10	Diligenciar completamente la historia clínica y registros clínicos en el formato definido y unificado por la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias para la atención de los pacientes atendidos y/o trasladados y entregar copia de ella a la entidad prestadora de servicio de salud a donde se traslada el paciente, entregar el original en la institución para que se garantice la custodia de los documentos, cumpliendo las directrices para el manejo de documentos don reserva legal	100%
11	Reportar a la DCRUE todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el medico regulador del DCRUE	100%
12	Llevar registro de todos los despachos, valoraciones y/o traslados de todos los pacientes, en el instrumento entregado para tal fin	100%
13	Entregar historias clínicas de todas las atenciones realizadas y la bitácora de registro de los despachos foliados	100%
14	Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno verificando equipos, insumos pendientes e informado las novedades presentadas, haciendo el registro en el libro entregado para tal fin	100%
15	Realizar la limpieza recurrente, limpieza para entrega de turno y limpieza terminal, según protocolo de aseo y desinfección de ambulancia y realizar el manejo de los residuos hospitalarios	100%
16	Mantener todos los inventarios de insumos, medicamentos y demás elementos para la adecuada atención de los pacientes se encuentre actualizado en la ambulancia. Tener rotulados todos los elementos, equipos medicamentos e insumos médico quirúrgicos con el código de la ambulancia y la placa de esta, lo mismo estar actualizada la semaforización de medicamentos e insumos médico quirúrgicos según normas establecidas por los protocolos	100%
17	Responder por los equipos biomédicos y demás elementos inventariados en la ambulancia para la atención de los pacientes en cada turno	100%
18	Diligenciar el aplicativo del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias de la Secretaria Distrital de Salud de todos los despachos realizados para la Atención pre hospitalaria en el mes, el cual debe estar completo a más tardar los primeros cinco días del mes siguiente	100%
19	Reclamar y entregar a esterilización los materiales, equipo instrumental que requiera el proceso de esterilización	100%
20	Diligenciar en todos los pacientes valorados que están involucrados en accidente de tránsito la historia clínica, furias, furtrans y sacar copias de documentos del vehículo implicado (seguro obligatorio y tarjeta de propiedad)	100%
21	Porte de uniforme institucional de manera adecuada y decorosa	100%
22	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales	100%
23	Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo	100%
TOTAL		100%

FIRMA SUPERVISOR

FIRMA CONTRATISTA Juz Angela Diaz Garcia

CT 905. 212 Bogota