Firmar planilla

Secretaría Distrital 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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No CONTRATO - OPS:	PS 2790/2021	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: PABLO ANDRES PATIÑO AVILA **C.C.** 1.033.739.610 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-02-01 **Fecha Terminacion inicial:** 2021-04-30 **Valor Mensual:** $ 1.458.000 **Valor a cobrar:** $ 1.458.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	10	2021-03-01	2021-04-30
2	$ 2.916.000	10	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.565.000	1777	2021-06-16	2021-08-15
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	$ 1.506.600	$ 281.200	9415326756
2	MARZO	$ 1.458.000	$ 281.200	9416523003
3	ABRIL	$ 1.846.000	$ 281.200	9417648432
4	MAYO	$ 1.846.000	$ 281.200	9418772282
5	JUNIO	$ 1.944.000	$ 281.200	9419972414
6	JULIO	$ 1.458.000	$ 281.200	9421165515
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.888.000	$ 12.879.000	$ 10.058.600	$ 2.820.400

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.

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2021-07-01 **Hasta:** 2021-07-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las contenidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	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 cortunamente de salidas facturacionrx ecografias en forma oportuna	tramito de forma rapida y adecuadas ordenes y examenes que me entregan para radicar y registrandolnas en mi hoja de ruta
5	TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS	traslado de nmaterial qururqucos y insumos en el menor tiempo posible	velo por el buen uso de las sillas de ruedas o elementos que utilizamos derante 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 ATENCION AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO	entrego turno de manera respetuosa a los pacientes comentando los procedimientos examenes que se 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 forme 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 suministrada 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	tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que cuedad haber durante
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 oftamologiascicologia y otros	llevo pacientes a sus respectivos examenes
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 examenes y 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 establecidos 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 HUMANA	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 atenta alos llamados cuando se presentan codigos o en el momento que lo requera 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 PROFESION DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	ejerso mis actividades según mi profesion con actitud y respeto	informo alos jefes o auxiliares inconformidades o lo tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que cuedad haber durante el turno
22	RECIBIR Y ENTREGAR TURNO DE ACUERDO A LO ACORDADO CON EL SUPERVISOR Y DE CONFORMIDAD AL OBJETO 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 pendientes	entrego turno de acuerdo a lo acordado con las jefes y compañeros

Observaciones:

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

Pablo Avila
Firma del Contratista

C.C. 1.033.739.610 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MELBA LUCIA QUINTERO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	C.C. 1.07[illegible]374 Bta

240

Oh

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 7 del Mes de Julio de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: Pablo Andres Patino Avila
CC. No: 1033739610

La suma de: $ 1'458.000
Total Horas: 180

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2790 2021, correspondiente al mes de Julio 2021.

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE Camillero PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Pablo Avila

C.C. No. 1033739610
Dirección: Cra 27 # 46 c Sur - 57
Teléfono: 313-848-5456

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033739610		PATIÑO AVILA PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 40C SUR N 27-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1043049773	9421165515	I	2021/07/06	2021/07/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400		✓	$908,526	$113,600		✓	$0	$0			$908,526	$22,200	✓	$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	1033739610	PATIÑO AVILA	230201	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-7	30	$908,526	$22,200		$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

PROTECCION COMPENSAR BOLIVAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

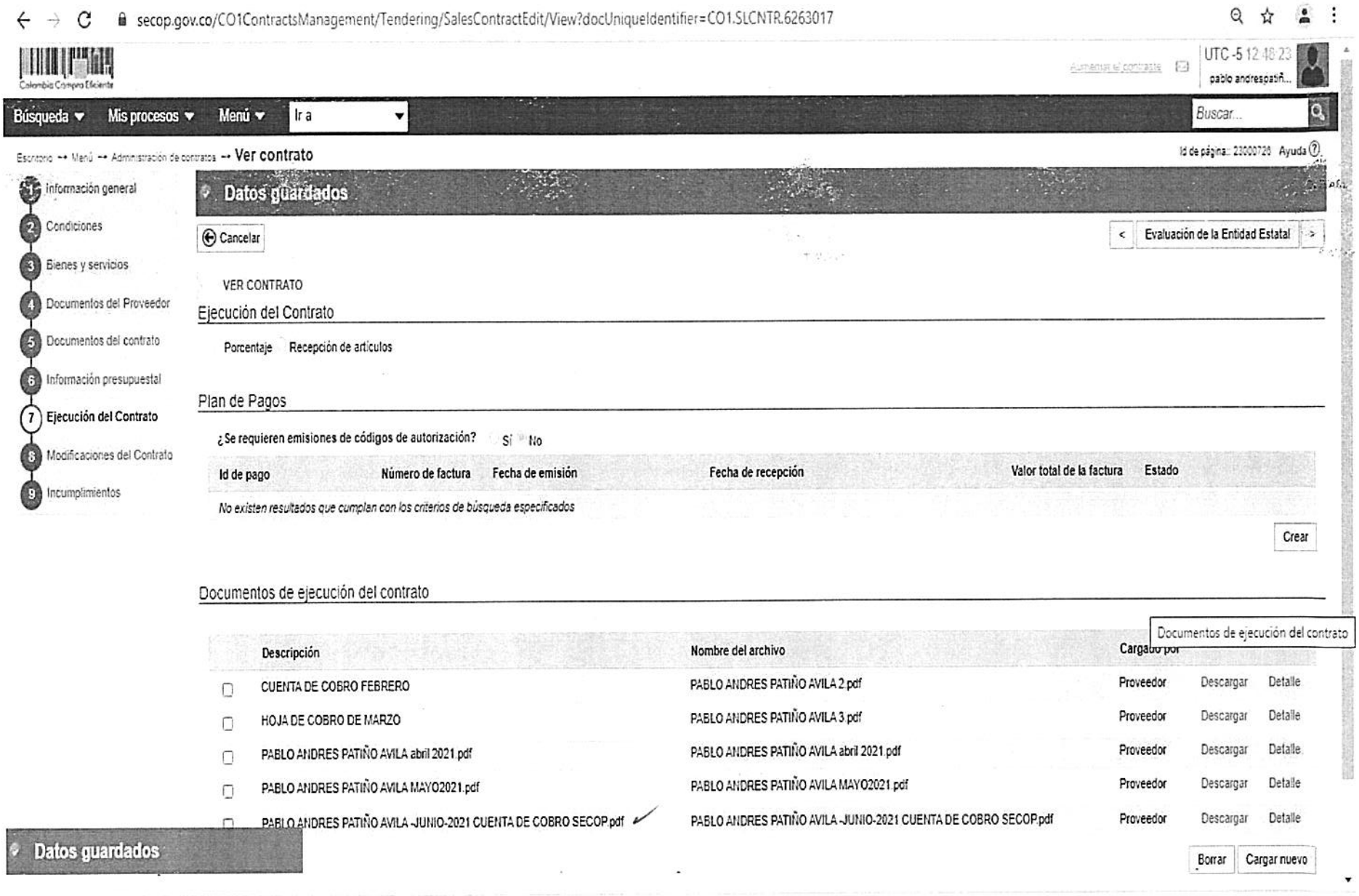
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033739610		PATIÑO AVILA PABLO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 40C SUR N 27-57	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-06	2021-06	1043049773	9421165515	I	2021/07/06	2021/07/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
SEGUROS [illegible]	14-7	860,002,503	2	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200


secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.6263017
Colombia Compra Eficiente
UTC -5 12:48:23
pablo andrespatiñ...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
Id de página: 23000726 Ayuda
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Documentos de ejecución del contrato
Descripción Nombre del archivo Cargado por
CUENTA DE COBRO FEBRERO PABLO ANDRES PATIÑO AVILA 2.pdf Proveedor Descargar Detalle
HOJA DE COBRO DE MARZO PABLO ANDRES PATIÑO AVILA 3.pdf Proveedor Descargar Detalle
PABLO ANDRES PATIÑO AVILA abril 2021.pdf PABLO ANDRES PATIÑO AVILA abril 2021.pdf Proveedor Descargar Detalle
PABLO ANDRES PATIÑO AVILA MAYO2021.pdf PABLO ANDRES PATIÑO AVILA MAYO2021.pdf Proveedor Descargar Detalle
PABLO ANDRES PATIÑO AVILA -JUNIO-2021 CUENTA DE COBRO SECOP.pdf PABLO ANDRES PATIÑO AVILA -JUNIO-2021 CUENTA DE COBRO SECOP.pdf Proveedor Descargar Detalle
Datos guardados
Borrar
Cargar nuevo