Red Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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 2517 2021	C.D.P. No.:	702	Proceso al que pertenece:	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista:	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON		C.C.	74.356.541	de:	SAMACA BOYACA	
Fecha Inicio:	2021-02-01	Fecha Terminacion Inicial:	2021-03-31	Valor Mensual:	$ 1.458.600	Valor a cobrar:	$ 1.555.200

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	702	2021-03-01	2021-03-30
2	$ 2.916.000	1221	2021-05-01	2021-06-15
3	$ 3.888.000	1377	2021-06-16	2021-08-15
4	$ 1.944.000	2396	2021-08-16	2021-09-15
5	$ 972.000	2839	2021-09-16	2021-09-30
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	$ 1.263.600	$ 281.200	48187309
2	MARZO	$ 1.360.800	$ 281.200	48839312
3	ABRIL	$ 1.458.000	$ 281.200	49538275
4	MAUYO	$ 1.458.000	$ 281.200	50218784
5	JUNIO	$ 1.458.000	$ 281.200	50877464
6	JULIO	$ 1.555.200	$ 281.200	51532937
7	AGOSTO	$ 1.263.600	$ 281.200	52220424
8	SEPTIEMBRE	$ 1.166.400	$ 281.200	52894438
9	OCTUBRE	$ 1.555.200	$ 281.200	53580119
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.110.400	$ 15.017.400	$ 12.538.800	$ 2.478.600

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: 2021-10-01 Hasta: 2021-10-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las impuestas 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, ARREGLO), CUIDO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) Y DEMAS REGLAMENTACION ESTABLECIDA POR LA ENTIDAD	realizo traslado de paciente verificando nombre apellido edad tambien verificando cama disponibilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de traslado con medidas de seguridad con respeto responsabilidad y respetando la privacidad del paciente	cumento y entrego paciente en el servicio 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 ELEVENTOS 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 oportunamente de salidas facturacionn ecografias en forma oportuna	tramito de forma rapida y adecuadas ordenes y examenes que me entregan para radicar y registrandolas 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 material quirurgicos 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 ELEVENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD	en la entrega de turno revizo sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio	entrego sillas que halla utilizado en el turno en buen estado
7	REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO	realizo cosntfeccionde 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	si
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 realizadas 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 servicios	respeto la informacion suministrada en los servicios
12	INFORMAR CUANDO DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o suministros 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 serltralizado a algun examen	tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad 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 seguridad con el debido respeto ubicandolo en la nevera o en la morgue con los debidos cuidados	realizo traslado de cadaver ala morge y lo ubica 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	trasalado pacientes a examenes tales como ecografias rayos x a endoscopias y fisiatria oftamologia,sicologia y otros	revo 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 tales como ecografias ecocardiogramas rayos x
17	DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD	realizo y leo los protocolos y mbtuctivos 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 trasalado a examenes o salidas ala casa	ofrezco buen trato a los pacientes y familiares y 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 requiera el servicio
20	REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS	entrego turno acecuadamente 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 segun mi profesion con actitud y respeto	informo alos jefes o auxiliares inconformidad si que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad 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 segun 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
Favor dar su visto bueno para que se proceda con la cancelación correspondiente a la presente cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 74.356.541 de SAMACA BOYACA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	[illegible]
CARGO:	[illegible]
FIRMA	C.C. [illegible]

1924

Cuenta de cobro 9 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON
C.C. 74.356.541 de Bogotá

LA SUMA DE:

Un millón quinientos cincuenta y conco mil doscientos pesos ($1.555.200)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2517 de 2021 correspondiente al mes de Octubre de 2021

OBJETO: PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES, DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN SU CONDICION DE CAMILLERO PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, EN LOS DIFERENTES SERVICIOS Y EN LAS UNIDADES QUE SE REQUIERA, CONFORMA A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

Juan C. Avendaño

NOMBRE: JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON
C.C: 74 356.541
Teléfono: 300 2988540
Dirección: Carrera 81 # 71 – 30 primer piso
Número de cuenta: 0083 0070 6689
Tipo de cuenta: AHORROS
Banco: DAVIVIENDA

Fecha de generación de cuenta: 31/10/2021

104

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	74356541	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON	Cll 54c Sur N 57b 27	3002988540	jc.cave@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-09	2021-09	I	04/10/2021	53580119	$281.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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? Sí 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	FEBRERO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON (1).pdf	FEBRERO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON (1).pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	MARZO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	MARZO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON ABRIL..pdf	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	MAYO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	JUNIO JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON-JULIO.pdf	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON-JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON. AGOSTO..pdf	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON. AGOSTO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON - SEPTIEMBRE.pdf	JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON - SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >