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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS	PS 2253 2023	**C.D.P. No.:**	118	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON **C.C.** 74,356,541 **de:** SAMACA

Fecha Inicio: 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual** $ 1,501,740 **Valor a cobrar:** $ 1,418,664

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 165,220	860	2023-01-21	2023-04-20
2	$ 1,516,812	1051	2023-04-21	2023-05-20
3	$ 818,460	1534	2023-05-21	2023-06-05
4	$ 1,344,316	2055	2023-06-06	2023-08-05
5	$ 1,746,048	2117	2023-07-06	2023-08-05
6	$ 0	2356	2023-08-06	2023-08-20
7	$ 762,368	2691	2023-08-21	2023-08-31
8	$ 1,418,664	2796	2023-09-01	2023-09-30
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	ENERO	$ 350,406	$ 309,400	64629478	1/6/2023
2	FEBRERO	$ 1,301,508	$ 358,900	8365057903	08/02/23
3	MARZO	$ 1,501,740	$ 358,900	65802922	3/2/2023
4	ABRIL	$ 1,582,356	$ 358,900	66616483	4/3/2023
5	MAYO	$ 1,527,792	$ 358,900	8367319683	5/11/2023
6	JUNIO	$ 1,364,100	$ 361,500	68103874	6/15/2023
7	JULIO	$ 1,527,792	$ 376,500	68879547	24/08/20203
8	AGOSTO	$ 1,364,100	$ 364,700	69627788	8/24/2023
9	SEPTIEMBRE	$ 1,418,664	$ 358,900	70328992	9/11/2023
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5,506,380	$ 13,278,268	$ 11,938,458	$ 1,339,810

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.	Se realiza entrega de turno verbalmente de actividades programadas pendiente por culminar.	Hoja de Ruta
2	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.	Traslada de forma oportuna las muestras a laboratorio clinico	Hoja de Ruta
3	Trasladar las muestras biologicas al laboratorio clinico, de forma oportuna.	Traslada de forma oportuna las muestras a laboratorio clinico	Hoja de Ruta
4	Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimeintos.	Utiliza los elementos de proteccion personal.	Solicitud de EPP a jefe de servicio
5	Tramitar la facturacion de ordenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografias, rayos x, etc)	Tramita la facturacion de forma oportuna de laboratorios y medios diagnosticos.	Hoja de Ruta
6	Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	Traslada equipos e insumos velando por su integridad	Hoja de Ruta
7	Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad.	Responde por el inventario a cargo.	Revision de inventario en cada servicio
8	Realizar la desinfeccion de los equipos asignados de acuerdo al protocolo.	Realiza las desinfecciones a cargo .	Hoja de Desinfeccion
9	Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Es respetuoso con sus compañeros y pacientes	Seguimiento al buzon de sugerencias
10	Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la historia clinica.	Mantiene reserva de la historia clinica de los pacientes	Cadena de Custodia de Historia Clinica
11	Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades.	Asiste a reuniones y capacitaciones.	Listados de Asistencia
12	Mantener reserva de la informacion que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo.	Mantiene reserva de la informacion a cargo.	Cadena de Custodia de Historia Clinica
13	Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	Informa daños a equipos.	Reporte en la Intranet
14	Informar oportunamente al referente del proceso, inconvenientes que se presenten con pacientes , muestras y equipos.	Informa inconvenientes con pacientes y muestras	Verbalmente a jefe de cada servicio
15	Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	Traslada los pacientes a la morgue	Hoja de Ruta
16	Realizar traslado de los pacientes a los diferentes examenes y valoraciones requeridas en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.	Traslada pacientes a examenes y fuera del servicio para cuando se requiere.	Hoja de Ruta

17	Tramitar oportunamente las ordenes de examenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias, etc.	Es oportuno en el tramite de los examenes y medios diagnosticos	Hoja de Ruta
18	Dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la entidad.	Cumple con guias y protocolos.	Cumplimiento de Actividades a desarrollar
19	Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Ofrece trato digno, respetuoso y humanizado al paciente y familiar	Etica Profesional
20	participar en las actividades del codigo rojo , codigo azul y aplicacion de las guias y protocolos de gestion de hemocomponentes.	Participa de las actividades de codigo rojo, codiga azul y aplica protocolo de transporte de hemoderivados	Presencia Activa durante la activacion de los codigos en cada servicio
21	Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas	Realiza recibo y entrega de actividades	Hoja de Ruta
22	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.	Realiza actividades propias de la profesion manteniendo cubiertas las necesidades de propias de cada servicio	Cumplimiento de la reglamentacion de acuerdo a su profesion
23	Realizar el uso del uniforme de acuerdo al protocolo institucional	Realizar el uso del uniforme de acuerdo al protocolo institucional	Seguimiento supervicion

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de

Juan C. Aundaio

Firma del Contratista

C.C. 74,356,541 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	JENNY PATRICIA BARAZETA AVILA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Patricia Barazeta

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	LUZ ANGELA CONTRERAS MORENO
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Luz Angela Contreras

CUENTA DE COBRO No. 09- 2023

LA 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 SAMACA

LA SUMA DE:

($1,418,664) UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.

Por concepto de: 156 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2253 2023, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2023.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. DEL 01/09/23 AL 30/09/23.

Juan C. Avendaño

JUAN CARLOS AVENDAÑO GARZON
C.C. 74.356.541 DE SAMACA
Teléfono: 3002988540
Dirección: Carrera 81 # 71-30
Banco: DAVIVIENDA, cuenta de ahorro Número: 008300706689, a nombre de Juan Carlos Avendaño Garzón CC 74.356.541.
30 de Septiembre del 2023.

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		
ÚNICA	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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70328992	$358.900	

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	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

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