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:	PS22552023	**C.D.P. No.:**	118	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD A LA QUE PERTENENCE

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

Fecha Inicio: 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 1.501.740 **Valor a cobrar:** $ 1.909.740

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 165.200	860	2023-04-01	2023-04-20
2	$ 2.167.566	1051	2023-04-21	2023-05-20
3	$ 1.091.280	1534	2023-05-20	2023-06-05
4	$ 1.671.700	2055	2023-06-06	2023-08-05
5	$ 2.273.500	2117	2023-07-06	2023-08-20
6	$ 691.212	2356	2023-06-06	2023-08-20
7	$ 569.828	2691	2023-08-21	2023-08-31
8	$ 1.909.740	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	$ 650.754	$ 309.400	9444553315	27/12/2022
2	FEBRERO	$ 1.501.740	$ 361.100	9445719641	08/02/2023
3	MARZO	$ 1.701.972	$ 358.900	9447157167	02/03/2023
4	ABRIL	$ 1.636.200	$ 363.100	9448433540	14/04/2023
5	MAYO	$ 2.455.380	$ 361.200	9449724651	09/05/2023
6	JUNIO	$ 2.127.996	$ 360.700	9451203088	09/06/2023
7	JULIO	$ 1.909.740	$ 361.400	9452449472	12/07/2023
8	AGOSTO	$ 2.018.868	$ 361.900	9453783398	10/08/2023
9	SEPTIMBRE	$ 1.909.740	$ 361.400	9455123198	11/09/2023
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.671.580	$ 16.211.606	$ 15.912.390	$ 299.216

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 misma)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del usuario.	Cumple con el protocolo de recibo y entrega de turno.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.
2	Traslado de los pacientes verificando la disponibilidad de la cama,seguridad e integridad del paciente(barandas arriba,oxigeno,protegiendo al paciente del frio y cuidado de su intiinmidad), y demas reglamento establecido por la entidad	realizo el traslado de paciente verificando nombre apellido edad tambien verificando cama o disponivilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de trabajo.	comento y entrego paciente en el servicio de forma adecuada con respeto al pacientey personal de salud.
3	usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimienteos.	uso devidamente los elementos de bioseguridaden el trabajo y traslado de muestras al laboratorio.	uso mis implementos de seguridad en el momento de trasladas las muestras.
4	tramitar la facturacion de ordenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografias, rayos x, etc)	realizo traslado oportunamente de salidas y facturacion de ecografias.	tramito de forma rapida y oportunaordenes y examenes que me entregan.
5	trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	traslado de material quirurgicos e insumos en el menor tiempo posible.	velo por el buen uso de sillas de ruedas o elementos que utilizamos durante la jornada laboral.
6	responder por el iinventario que se le ha asignado, utillizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar acabo su actividad.	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio.	entrego sillas que alla utilizado en el turno en buen estado.
7	realizo la desinfeccion de los equipos de acuerdo al protocolo.	realizo desinfeccion de sillas de ruedas de los servicios con protocolo.	cumplo realizando las desinfecciones correspondientes.
8	asumir de forma respon sable y respetuosa la atencion al paciente y compañeros del servicio	entrego truno de manera respetuosa de los pacientescomentando los procedimientosexamenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros.	NO APLICA
9	conservar, mantenery garantizar la reservalegal de la historia clinica	realizo traslado de salidasgarantizando con respeto y reserva la historia clinica o documento hospotalario.	conservo con respeto la historia clinica en el momento del traslado a facturacion.
10	asistir a las reunionesdel grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad de coformidad por sus actividades.	Cumple con las normas del comité de epidemiología.	asisto a las reuniones y capacitaciones conforme lo establece la coordinadora o jefe inmediata.
11	mantener reserva de la informacion que le sea ssuministradaen desarrollo de su servicio y de todos aquellospropios del mismo.	mantengo con reserva la informacion que me es suministrada en los servicios.	respeto la informacion suministrada en los servicios.

12	informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado del paciente	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utillizamos en el servicio durate el turno.	informo por daños en los equipos que puedan haber sucedido durante el turno.
13	informar oportunamente al referentedel proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utillizamos en el servicio durate el turno.	informo a los jefes o auxiliares inconformidades o eventos que tenga el paciente en el momento del traslado.
14	trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	realizo traslado de paciente fallecido con la medida de protocolo de seguridad con el debido respeto ubicandolo en la nevera o en la morgue con los debidos cuidados.	realizo traslado de cadaver a la morgue y lo ubico en la nevera de manera adecuada.
15	realizar traslados de los pacientes a los diferentes examenes y valoraciones requeridas en forma oportuna y segura de conformidad con las necesidades del servico.	traslado pacientes a examenes, ecografias,rayos x,endoscopias, oftalmologia, y otros.	traslado paciente a sus respectivos examenes.
16	tramitar oportunamente las ordenes de examenes especiales emitidas como TAC, ECOGRAFIAS, ECOCARDIOGRAMAS, ENDOSCOPIAS ETC	tramito ordenespara examenes oportunamente y en conformidad como lo requiere el servicio.	realizo tramite de examenes, interconsultas etc.
17	dar cumplimiento a guias y protocolos establecidos por la entidad.	realizo y leo los protocolos e instructivos establecidos por la unidad.	leo los protocolos institucionales.
18	ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	ofresco buen trato y respeto a los pacientesy familiares en traslado a examenes o salidas a la casa.	ofrezco buen trato a pacientes familiares y compañeros de labor.
19	participar en las actividades del codigo rojo, codigo azul y aplicando las guias y protocolos de gestion de hemocomponentes.	participo activamente cuando hay traslado de pacientes, en codigo azul, o en el momente que requieran mi servicio.	estoy atento (a) a los llamados de los servicios correpondientes.
20	realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas.	entrego turno adecuadamente y oportuno.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.
21	ejercer las actividades propias de la profecion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las nececidades del servicio.	ejerso mis actividades según mi profesion con actitud y respeto.	informo a los jefes o auxiliares inconformidades o eventos que tenga el paciente en el momento del traslado.
22	Recibir y entregar turno de acuerdo al protocolo de recibo y entrega de turno, permitiendo dar continuidad al tratamiento y atención del	recibo y entrego turno según protocolo comentando pormenores o pendientes.	entrego turno a mis compañeros de acuerdo al protocolo.

Observaciones:
TURNO ADICIONALES TN-5-22, TURNO PROGRAMADO MENSUAL 186 HORAS DIA SANBLAS TOTAL DE HORAS 210 SEPTIMBRE

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 manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C.	1.033.739.610	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
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	Luz Angela Contreras

CUENTA DE COBRO-9- 2023
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT. 900.959.051-7

DEBE A:

PABLO ANDRES PATIÑO AVILA
C.C. 1.033.739

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
2023-08	2023-08	150247926	9455123198	I	2023/09/05	2023/09/11	BANCO CAJA SOCIAL	6	$361,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,300	$0	$186,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,300	$0	$186,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$200	$0	$28,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$28,300	$200	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,000	$0	$146,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$1,000	$0	$146,000
TOTAL				**1**	**$358,900**	**$2,500**	**$0**	**$361,400**