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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0210 2019	C.D.P. No.:	52	Proceso al que pertenece:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - INGENIERIA BIOMÉDICA
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	JAIR ARMANDO SANTAMARIA PINZON			C.C.	1.010.192.946 de: Bogota
Fecha Inicio:	16/01/2019	Fecha Terminación incial:	15/07/2019	Valor Mensual:	$ 2.265.000 Valor a cobrar: $ 2.265.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.530.000	1719	2019-07-16	2019-09-15
2	$ 4.530.000	2312	2019-09-16	2019-11-15
3	$ 2.265.000	3060	2019-11-16	2020-01-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.097.500	$ 271.700	404795955
2	FEBRERO	$ 2.195.000	$ 271.700	32684876
3	MARZO	$ 2.195.000	$ 271.700	33274051
4	ABRIL	$ 2.195.000	$ 271.700	33892042
5	MAYO	$ 2.195.000	$ 271.700	34503046
6	JUNIO	$ 2.195.000	$ 271.700	8335151580
7	JULIO	$ 2.230.000	$ 271.700	8335722585
8	AGOSTO	$ 2.265.000	$ 280.400	8336614577
9	SEPTIEMBRE	$ 2.265.000	$ 280.400	8337678556
10	OCTUBRE	$ 2.265.000	$ 280.400	8337678556
11	NOVIEMBRE	$ 2.265.000	$ 280.400	8338345737
12				
13				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.170.000	$ 24.495.000	$ 23.362.500	$ 1.132.500

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 autónoma, en su condición de tecnólogo, para la ejecución de actividades administrativas en el proceso de la Dirección Administrativa (Mantenimiento de equipos biomédicos) de la Subred Integrada de Servicios de Salud CEntro Oriente E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 01/11/2019 Hasta: 30/11/2019

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo biomédico de acuerdo al cronograma, programación o necesidad en los diferentes servicios del hospital y sus sedes.	Se realizan los mantenimientos respectivos, ya seanpreventivos o correctivos requeridos por la unidad.
2	Presentar informes consolidados de la gestión en medio magnético, el cual deberá contener fecha, hora, actividad realizada, ubicación por área y centro de costo y material utilizado, debidamente soportado. el cual deberá estar firmado por el funcionario de cada servicio, sobre el mantenimiento realizado a los equipos semanalmente e informar las novedades diarias al líder de mantenimiento biomédico, así mismo entregar los informes que sean requeridos por los líderes de ingeniería biomedica para efectos de control y que estén directamente relacionados con los equipos biomédicos tanto contratados como propios.	Se entrega indicador de gestión mensual a la líder del área completamente diligenciado con lo realizado durante el periodo de trabajo, de igual manera se informan novedades o se entregan documentos requeridos por la líder en su debido momento.
3	Crear, manejar y mantener actualizada la base de datos en medio magnético y/o físico que contienen las hojas de vida de todos los equipos, indicando la actividad realizada, materiales utilizados, valor de los repuestos, tiempo de ejecucion.	Se actualizan mensualmente las hojas de vida de los equipos con sus respectivos reportes de los servicios prestados.
4	Realizar todas las actividades de mantenimiento correctivo diario y de urgencia que se soliciten por parte del personal de cada una de las unidades de prestación de servicios de salud.	Se atiende a cada llamado del personal dando respuesta y solución a lo requerido por los mismos.
5	Realizar la verificación de funcionamiento, diagnóstico inicial y la solicitud de mantenimiento al proveedor correspondiente cuando un equipo sea de comodato, en garantía o pertenezca a otro contrato, sin realizar reparación eso intervencion directa al equipo y solicitar el servicio al proveedor correspondiente.	Se verifica funcionamiento y estado de los equipos que no son propios de la unidad. Se notifica y se reporta cualquier falla con los equipos al respectivo proveedor o arendatario.
6	Controlar el estado y funcionamiento de equipos, instrumentos herramientas y elementos de servicio suministrado por el hospital para el desarrollo de las actividades, reponiéndolos en el evento de que sean dañados o averiados por el contratista.	Se actualiza el stock de insumos y se usan de la mejor manera preservando su buen estado.
7	Manejar y mantener actualizado el stock de materiales y repuestos, siendo responsable por su adecuado y racional uso.	Se está llevando a cabo una actualización general de las hojas de vida de equipos biomédicos de la unidad
8	Mantener actualizados los inventarios y hojas de vida de equipos biomédicos, laboratorio, dispositivos de medición y apoyo.	Diariamente se informa a la líder del área acerca de las necesidades que así lo requieran para el buen desempeño de las actividades del contrato.
9	Informe sobre sucesos y necesidades de los puntos de atención tanto en mantenimiento como en gestión de tecnología biomédica.	Se informa de las novedades importantes o que así lo requieran a las líderes del área.
10	Otros	

Observaciones:

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. 1.010.192.946 DE: Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	RUBY LILIANA CABRERA CALDERON
CARGO:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA

Señor(es): JAIR ARMANDO SANTAMARIA PINZON
Nit: CC 1010192946
Dirección: CLL 69 A N 6439 SUR
Teléfono: 8040260 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JAIR ARMANDO SANTAMAF
Tipo y número de identificación	1010192946
Número de radicación planilla	8338345737
Fecha de pago	11/12/2019
Número de autorización de pago	38137776
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2019
Periodo cotización pensión	Octubre 2019
Periodo cotización caja	Octubre 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$280.400
Total interes mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
1433	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$22.100	1
230301	Porvenir	$145.000	1
EPS008	Compensar EPS	$113.300	1

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

compensar | miplanilla.com

1	CC	1010192945	SANTAMARIA PINZON JAIR ARMANDO	EPS008	230301																				906.000	906.000	2	906.000	0			145.800	0	0	113.300	0

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