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 0211 2019**

C.D.P. No.: **52**

Proceso al que pertenece: DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA - INGENIERIA BIOMÉDICA

Unidad a la que pertenece: UMHES MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: **STEFHANIA LONGAS RODRIGUEZ**

C.C. **1.026.275.496** de: **Bogotá**

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	2311	2019-09-16	2019-11-15
3				
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	ENERO	$ 1.097.500	$ 271.700	8332382531
2	FEBRERO	$ 2.195.000	$ 271.700	8332472184
3	MARZO	$ 2.195.000	$ 271.700	422944070
4	ABRIL	$ 2.195.000	$ 271.700	34202027
5	MAYO	$ 2.195.000	$ 271.700	444706885
6	JUNIO	$ 2.195.000	$ 271.700	35342540
7	JULIO	$ 2.230.000	$ 271.700	35937940
8	AGOSTO	$ 2.265.000	$ 280.400	36586776
9	SEPTIEMBRE	$ 2.265.000	$ 280.400	8337339327 8337483697
10	OCTUBRE	$ 2.265.000	$ 280.400	37933816
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.170.000	**$ 22.230.000**	**$ 21.097.500**	**$ 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: **01/10/2019** Hasta: **30/10/2019**

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 realizaron mantenimiento preventivos y correctivos según requerimientos y programación
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 biomédica para efectos de control y que estén directamente relacionados con los equipos biomédicos tanto contratados como propios.	Los datos de cada actividad realizada fueron digitados y almacenados en el archivo Informe de Gestión 2017 por cada uno de los meses, indicando día, fecha, tiempo utilizado, actividades realizadas elementos y repuestos utilizados
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 ejecución.	Las actividades realizadas son consignadas en los reportes de mantenimiento, allí se especifica fecha y hora de realización. Estos reportes se archivaron en la carpeta correspondiente a cada equipo.
4	Realizar todas las actividades de mantenimiento correctivo diario y de urgencia que se solicitan por parte del personal de cada una de las unidades de prestación de servicios de salud.	De 18 llamadas de emergencia se atendieron y resolció el 100% de dichos correctivos. Los reportes de mantenimiento se encuentran archivados en las correspondientes hojas de vida de los equipos.
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 intervención directa al equipo y solicitar el servicio al proveedor correspondiente.	Los correctivos generados durante el mes en los equipos de garantía, arriendo y comodato, fueron comunicados a cada proveedor por medio de correos electrónicos y telefónicamente. Estos han sido resueltos en el 100%
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 verifica el funcionamiento de los simuladores con los que se cuenta para realizar los mantenimientos tanto preventivos como correctivos. Al finalizar el día se enventarea la herramienta y se deja debidamente organizada en el lugar signado.
7	Manejar y mantener actualizado el stock de materiales y repuestos, siendo responsable por su adecuado y racional uso.	Se realizó inventario del stock de respuestas disponibles, se realiza el registro de cada repuesto utilizado en cada procedimiento.
8	Mantener actualizados los inventarios y hojas de vida de equipos biomédicos, laboratorio, dispositivos de medición y apoyo.	Se realizan fichas técnicas de equipos nuevos especificando sus caracteristicas principales.
9	Informe sobre sucesos y necesidades de los puntos de atención tanto en mantenimiento como en gestión de tecnologia biomédica.	Se reportó al líder de Mantenimiento Biomédico cada una de las necesidades de la Unidad por medio de correos electrónicos adjuntando las respectivas cotizaciones de los repuestos para abrir el proceso.
10	Otros	

Observaciones:

Se anexa certificacion 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. 1.026.275.496 DE: Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	RUBY LILIANA CABRERA CALDERON
CARGO:	DIRECTORA ADMINISTRATIVA
FIRMA	

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	1026275496	Stefhania longas rodriguez	kra 90 no 6a-98	4719771	stefhania1107@gmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-09	2019-09	I	08/10/2019	37933816	$298.600	

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	113.300	0		0		0	0	0	0	113.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	145.000	0	0	0	0	0	0		145.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	22.100				22.100	0	0	22.100			221	22.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.300	113.300
Pensión	1	145.000	145.000
Riesgos Laborales	1	22.100	22.100
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	298.600	298.600

COPIA
37933816
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información