Secretaría Distrital 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: 02
FECHA: 2020-05-04

228

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

CONTRATO - OPS:	PS.2790	**C.D.P. No.:**	10	**Proceso al que pertenece:**	MEDIANA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

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

Fecha Inicio: 1/02/2021 **Fecha Terminación Inicial:** 30/04/2021 **Valor Mensual:** $ 1.458.000 **Valor a cobrar:** $ 1.814.880

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.187.000	10	1/03/2021	30/04/2021
2				
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	FEBRERO	$ 1.506.600	$ 281.200	9415326756
2	MARZO	$ 1.458.000	$ 281.200	9416523003
3	ABRIL	$ 1.814.880	$ 281.200	9417646432
4				
5				
6				
7				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 3.888.000	$ 6.075.000	$ 4.779.480	$ 2.382.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

TAR 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 S NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

ión de actividades para el período: **Desde:** 1/04/2021 **Hasta:** 30/04/2021

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	realizo traslado de paciente verificanco nombre apellido edad tambien vericando cama odisponibilidad en el servicio cumpliendo con el protocolo de tralado con medidads de seguridad con respeto responsabilidad y respetando la privacidad del paciente	comento y entrego paciente en el sevicio en forma adecuada con respeto hacia el paciente y el personal de salud
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
USAR LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD EN EL TRASLADO DE MUESTRAS Y PROCEDIMEINTOS	uso debidamente los elementosde bioseguridad en el traslado de muestras al laboratorio	uso mis implementos de seguridad en el momento de trasladar las muestras
TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC)	realizo traslado oprtunamente de salidas facturacionrx ecografias en forma oportuna	tramito de forma rapida y adecuadaslas ordenes y examenes que me entregan para radicae y [illegible]
TRASLADAR LOS EQUIPOS E INSUMOS A LOS SERVICIOS, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS.	traslado de nmaterial quirurgicos y insumos en el menor tiempo posible	[illegible] sillas de ruedas o elementos que utilizamos derante la jornada laboral
RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD.	en la entrega de turno reviso sillas de ruedas y balas de oxigeno del servicio	enrego sillas que halla utilizado en el turno en uen estado
REALIZAR LA DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS DE ACUERDO AL PROTOCOLO	realizo desinfeccionde sillas de ruedas de los servicios con protocolo	cumplo haciendo las desinfecciones correspondientes
ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y COMPAÑEROS DEL SERVICIO	entrego turno de manera respetuosa a los pacientes comentando los procedimientos examenes que le realizaron durante el turno a jefes y compañeros	Se entrega turno y se informa las inregulaelidades
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
ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, DE CONFORMIDAD CON SUS ACTIVIDADES.	asisto alas reuniones y capacitaciones ralizasdas en la unidad	asisto alas reuniones y capacitaciones con forme lo ordena el departamento o mi jefe inmediato
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 sevicios	respeto la informacion suministrada en los servicios
INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES.	informo adecuadamente daños que se puedan presentar con los equipos o elementos que utilizamos en el servicio durante el turno	informo por daños que puedan haber durante el turno
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 sertraladado a algun examen	[illegible] que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que [illegible]
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 segurida con el debido repeto ubicandolo en la nevera o en la morge con los debidos cuidados	realizo traslado de cadaver ala morge y lo ubico en la nevera de manera adecuada
REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA, DE CONFORMIDAD CON LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	traslado pacientes a examenes talaes como ecografias rayos x a endoscopias y fisiatria oftamologiasicologia y otros	llevo pacientes a sus respectivos examenes
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 examenesy interconsultas talees como ecografias ecocardiogramas rayos y
DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD.	realizo y leo los protocolos y intructivos establecidos por la unudad	leo los protocolos institucionales
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 traslado a examenes o salidas ala casa	ofrezco buen trato a los pacientes y familiaresy compañeros y jefes
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL CODIGO ROJO , CODIGO AZUL Y APLICACION DE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES.	participo activanente 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
REALIZAR LA ENTREGA DE SUS ACTIVIDADES AL FINALIZAR LAS MISMAS.	entrego turno adecuadamente y oportunamente	hago entrega de turno y comento pormenores o pendientes
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 según mi profesion con actitud y respeto	informo alos jeres o auxiliares incontormidades que tenga el paciente en el momento del traslado a algun examen o comento daños que puedad haber durante el turno
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 según lo acordado comentando pormenores o pendientes	entrego turno de acuerdo a lo acordado con las jefes y compañeros

Vacaciones:

Firma del Contratista

C.C. 1.033.739.610 **de** BOGOTA

Nota: La certificación de pago a Salud, pensión y ARL se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MAYERLY Martinez - Melba Cuntos
CARGO:	ENFERMERIA
FIRMA	

P/P Miguel Martinez
ENFERMERO JEFE
C.M.C.S.E.

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
2021-03	2021-03	942705273	9417646432	I	2021/04/07	2021/04/05	BANCO CAJA SOCIAL	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200

CUENTA DE COBRO (Consecutivo) No. 4 del Mes de Abril de 2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

Nombre: Pablo Andres Patiño Avila.
C.C. No. 1033739610

La suma de: $ 1.814.880

Total Horas: 228

Por concepto de:

- Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2790 2021, correspondiente al mes de ABRIL 2021.

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

Cordialmente,

Pablo Andres Patiño Avila.
C.C. No. 1033739610.
Dirección: Calle 46C Sur #27-57.
Teléfono: 3138985456

Datos guardados

:ancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

ución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

l de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

'o existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crea

ımentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
]	CUENTA DE COBRO FEBRERO	PABLO ANDRES PATIÑO AVILA 2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
]	HOJA DE COBRO DE MARZO	PABLO ANDRES PATIÑO AVILA 3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuev

ıcelar

< Evaluación de la Entidad Estatal