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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO**
**FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-011**
**VERSION: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO – OPS:** | PS 3820 2021 | **C.D.P. No.:** | 305 | **Proceso al que pertenece:** | URGENCIAS / ASISTENCIAL / CONDUCTOR AMBULANCIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | TRASLADOS SECUNDARIOS |

**Nombre del Contratista:** FABIO ALIRIO AGUILERA PARDO **C.C.** 79.346.547 **de:** QUETAME

**Fecha Inicio:** 2021-02-12 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.458.000 **Valor a cobrar:** $ 1.701.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.854.900 | 774 | 1/04/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 2.745.900 | 1204 | 1/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 3.061.800 | 1738 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 4 | $ 24.300 | 2310 | 16/08/2021 | 15/08/2021 |
| 5 | $ 2.041.200 | 0 | 17/08/2021 | 15/08/2021 |
| 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 | $ 1.854.900 | $ 259.000 | 48211966 |
| 2 | MARZO | $ 1.652.400 | $ 277.200 | 8348861374 |
| 3 | ABRIL | $ 1.555.200 | $ 259.000 | 79346547 |
| 4 | MAYO | $ 1.458.000 | $ 277.200 | 50233108 |
| 5 | JUNIO | $ 1.846.800 | $ 277.200 | 50424284 |
| 6 | JULIO | $ 1.360.800 | $ 277.200 | 8351565762 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.187.000 | $ 277.200 | 8352249630 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.701.000 | $ 277.200 | 8352914391 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.374.000 | $ 14.102.100 | $ 13.616.100 | $ 486.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESION), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Dar al bien el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Di buen uso propio de mi naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Conservar y mantener en perfecta condicion, estado de presentacion y seguridad de la movil asignada | Conservé y mantuve en perfecta condición, estado de presentacion y seguridad la movil asignada | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 3 | Revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Revise y cumplí los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 4 | Tener en cuenta todos los aspectos tecnico-mecanicos del vehiculo y hacer buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un optimo servicio a la ciudadana | Tuve en cuenta todos los aspectos tecnico-mecanicos del vehiculo e hice buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un optimo servicio a la ciudadana | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 5 | Informar y solicitar la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tenga bajo su responsabilidad | Informe y solicité la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tuve bajo mi responsabilidad | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 6 | Asistir y actualizar todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE | Asistí y actualice todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE | Certificaciones formales cargadas al sicop |
| 7 | Reportar a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Reporte a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Cumplir con las normas de seguridad, segun los parametros establecidos en materia de transito y transporte en el pais, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Cumplí con las normas de seguridad, segun los parametros establecidos en materia de transito y transporte en el pais, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 9 | Utilizar responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Utilice responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 10 | Cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Cumplí con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato | Realice el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipacion dicha situacion para la provision del respectivo reemplazo | Informé con anticipacion las situaciones para la provision del respectivo reemplazo | Formatos de novedades de personal |
| 13 | Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Desarrolle las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 14 | En caso de sufrir accidente de transito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO | Comunique inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO los accidentes de transito | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 15 | En caso de sufrir accidente a algun peaton cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo segun protocolo | Cumplí con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo accidente segun protocolo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Cumplí la politica de seguridad del paciente, reporte el evento adverso e incidentes datos que servieron para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con la CRAU | Use adecuadamente el radio de la ambulancia y me comunique con la CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 18 | Utilizar el telefono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilice el telefono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propendi por el adecuado uso y tuve cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 19 | En caso que la movil sufra algun tipo de daño solicitar autorizacion a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred | Solicite autorizacion a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred cuando la movil sufrao daños | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 20 | Cumplir con la respectiva afiliacion a la ARL en relacion al riego 4 | Cumplí con la respectiva afiliacion a la ARL en relacion al riego 4 | Planilla de pago de aportes sociales |

**Observaciones:**

**EL CONTRATISTA ESTA AFILIADO A LA ARL CON RIESGO 4**

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

FABIO AGUILERA
**Firma del Contratista**

**C.C.** 79.346.547 **de** QUETAME

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | Maria Angelina Quiñones Sandoval |
| **CARGO:** | Directora de Urgencias |
| **FIRMA** | |

CUENTA DE COBRO No. 8

FECHA 30/09/2021

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

DEBE A:

FABIO ALIRIO AGUILERA PARDO
C.C. 79346547

LA SUMA DE

UN MILLÓN SETECIENTOS UN MIL PESOS ( $1.701.000)

Por concepto de 210 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3820 2021, con afiliación a ARL RIESGO 4 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO CONDUCTOR AMBULANCIA, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

FABIO AGUILERA

FABIO ALIRIO AGUILERA PARDO
C.C. No. 79346547
Teléfono: 3138367000 DIRECCION TV 12B ESTE # 49 29 SUR
N° CUENTA: 0550008400753755 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **FABIO ALIRIO AGUILERA PARDO**, identificado con **CC** número **79346547**, aportó en nombre de **FABIO ALIRIO AGUILERA PARDO**, identificado(a) con **CC** número **79346547** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2021-08** y salud **2021-08** de la siguiente manera:

| CÓDIGO | NOMBRE DE ADMINISTRADORA | AFP | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VRP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IPP | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC | COTIZACIÓN | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO APORTES LEY 1607 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908.526 | $145.400 | $0 | $0 | Agosto - 2021 | 8352914391 | 01/09/2021 | N |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908.526 | $18.200 | $0 | $0 | Agosto - 2021 | 8352914391 | 01/09/2021 | N |
| EPS008 | Compensar EPS | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $908.526 | $113.600 | $0 | $0 | Agosto - 2021 | 8352914391 | 01/09/2021 | N |

El presente certificado se expide a los 1 días del mes Septiembre de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.