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: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 6859 2021	**C.D.P. No.:**	2678	**Proceso al que pertenece:**	URGENCIAS / ASISTENCIAL / CONDUCTOR AMBULANCIA
				Unidad a la que pertenece:	TRASLADOS SECUNDARIOS

Nombre del Contratista: VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA **C.C.** 79.671.005 **de:** BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 2021-08-26 **Fecha Terminación incial:** 2021-09-15 **Valor Mensual:** $ 1.458.000 **Valor a cobrar:** $ 1.749.600

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 729.000	0	16/09/2021	30/09/2021
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	SEPTIEMBRE	$ 1.749.600	$ 0	0
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.458.000	$ 2.187.000	$ 1.749.600	$ 437.400

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO CONDUCTOR AMBULANCIA DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS 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 condición, estado de presentacion y seguridad de la movil asignada	Conserve 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	Revisé 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 técnico-mecánicos del vehículo 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 ciudadania	Tuve en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo 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 ciudadania	Bitacora de entregas la movil asignada
5	Informar y solicitar la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene 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 actualicé todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE	Certificaciones formales cargadas al secop
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	Reporté 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 situación para la provision del respectivo reemplazo	Informé con anticipacion las situaciones para la provisión del respectivo reemplazo	Formatos de novedades de personal
13	Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Desarrollé 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 o 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 servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento	Cumplí la politica de seguridad del paciente, reporté el evento adverso e incidentes datos que sirvieron 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 moval 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 sufrio daños	Registro de ingresos de la movil asignada al taller
20	Cumplir con la respectiva afiliacion a la ARL en relacion al riesgo 4	Cumplí con la respectiva afiliacion a la ARL en relacion al riesgo 4	Planilla de pago de aportes sociales

Observaciones:

EL CONTRATISTA ESTA AFILIADO A LA ARL CON RIESGO 4

Se anexa certificacion 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

79671005
Firma del Contratista

C.C. 79.671.005 **de** BOGOTÁ D.C

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

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA 30/09/2021

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

DEBE A:

VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA
C.C. 79671005

LA SUMA DE

UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS ($1.749.600)

Por concepto de 216 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 6859 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,

79671005

VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA
C.C. No. 79671005
Teléfono: 3024351899 DIRECCION CALLE 32 SUR # 26 13
N° CUENTA: 488400981368 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79671005,** se encuentra afiliado/a desde **27/12/1994** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de agosto de 2021.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4007010724	2|4|0|8|2|0|2|1

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ — B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 3

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
VILLA (Primer apellido)	LOMBANA (Segundo apellido)	VICTOR (Primer nombre)	MANUEL (Segundo nombre)

7.Tipo documento de Identidad	8.Número del documento de Identidad	9.Sexo	10.Fecha de nacimiento
CC	79671005	Femenino ☐ Masculino ☒	3|0|0|1|1|9|7|4

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad		13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M	Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
COMPAÑIA DE SEGUROS BOLIVAR S.A	PORVENIR EPC	908526

18.Residencia

CL 32 SUR 26 13 (Dirección)	Telefono fijo	3024351899 (Telefono celular)	VICTORMANUELVILLALOMBANA74@GMAIL.COM (Correo electronico)

BOGOTA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	BOGOTA (Departamento)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo documento de identidad	21. Número documento identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad				
		Tipo			Condición	
		F	N	M	T	P
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona		Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
		Urbana	Rural			
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS ENSUEÑO - VS ENSUEÑO	VSCANDEL - VSCANDEL
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de documemto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA	CC	79671005	01

39.Ubicación

CL 32 SUR 26 13 (Dirección)	3024351899 (Teléfono)	VICTORMANUELVILLALOMBANA74@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA (Municipio/distrito)	BOGOTA (Departamento)