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-014**
**VERSION: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 3827 2021 | **C.D.P. No.:** | 305 | **Proceso al que pertenece:** | URGENCIAS / ASISTENCIAL / CONDUCTOR AMBULANCIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | TRASLADOS SECUNDARIOS |

**Nombre del Contratista:** HECTOR ANIBAL MARROQUIN RODRIGUEZ **C.C.** 79.264.323 **de:** BOGOTÁ D.C

**Fecha Inicio:** 2021-02-15 **Fecha Terminación incial:** 2021-03-31 **Valor Mensual:** $ 1.458.000 **Valor a cobrar:** $ 1.944.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.814.400 | 774 | 1/04/2021 | 30/04/2021 |
| 2 | $ 2.745.900 | 1204 | 1/05/2021 | 15/06/2021 |
| 3 | $ 3.969.000 | 1738 | 16/06/2021 | 15/08/2021 |
| 4 | $ 1.215.000 | 2310 | 16/08/2021 | 15/09/2021 |
| 5 | $ 1.044.900 | 2826 | 16/09/2021 | 30/09/2021 |
| 6 | $ 777.600 | 0 | 1/10/2021 | 15/10/2021 |
| 7 | $ 0 | 0 | 16/10/2021 | 31/10/2021 |
| 8 | $ 0 | 0 | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.846.800 | $ 259.000 | 8941668410 |
| 2 | MARZO | $ 1.652.400 | $ 259.000 | 8942552170 |
| 3 | ABRIL | $ 1.846.800 | $ 259.000 | 8943469830 |
| 4 | MAYO | $ 2.041.200 | $ 259.000 | 48800623 |
| 5 | JUNIO | $ 2.138.400 | $ 259.000 | 49343621 |
| 6 | JULIO | $ 1.263.600 | $ 259.000 | 49896519 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.187.000 | $ 259.000 | 50330464 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.020.600 | $ 259.000 | 50780646 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.944.000 | $ 259.000 | 51282035 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.374.000 | $ 15.940.800 | $ 15.940.800 | $ 0 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

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

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-10-01 **Hasta:** 2021-10-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCION 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 presentación y seguridad de la móvil asignada | Conservé y mantuve en perfecta condición, estado de presentación 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 realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad | Informé y solicité la realización 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, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, 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 | Utilicé responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 10 | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Cumplí con la programación 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 | Realicé 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 anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo | Informé con anticipación las situaciones para la provisión del respectivo reemplazo | Formatos de novedades de personal |
| 13 | Desarrollar las obligaciones qué 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 tránsito 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 algún peatón cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo | Cumplí con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo accidente según protocolo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Cumplí la política 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 | Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con la CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 18 | Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propendí 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 autorización a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred | Solicité autorización a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred cuando la movil sufrió daños | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 20 | Cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4 | Cumplí con la respectiva afiliación a la ARL en relación 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, 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.** 79.264.323 **de** BOGOTÁ D.C

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

**CUENTA DE COBRO No. 9**

**FECHA 31/10/2021**

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

**DEBE A:**

**HECTOR ANIBAL MARROQUIN RODRIGUEZ**
**C.C. 79264323**

**LA SUMA DE**

**UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS ( $1.944.000)**

Por concepto de **240 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 3827 2021**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **OCTUBRE 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,

**HECTOR ANIBAL MARROQUIN RODRIGUEZ**
**C.C. No. 79264323**
**Teléfono: 3204509538 DIRECCION TV 34A # 41 36 SUR**
**N° CUENTA: 0550462300077957 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

RUS

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-10-04, 11:57:39 AM Tipo Planilla: E PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 51282035

Periodo Cotización: septiembre de 2021 Periodo Servicio: septiembre de 2021 Referencia pago (PIN): 892738641 0

## PAGADO 04/10/2021

### S DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ocial | HECTOR ANIBAL MARROQUIN RODRIGUEZ | | |
| nto | CC79264323 | Dirección | TRNS 34 41A -36 INT 1- APTO 402 |
| Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 4721943 |
| sona | NATURAL | Forma Presentación | ÚNICO |
| | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| ntante Legal | | Identificación | |
| liados | 1 | ARP | NINGUNA ARP |

### LE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| HECTOR ANIBAL MARROQUIN RODRIGUEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 0.000 | $ 0 | $ 0 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 |

### TALES

| nsión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 | $ 0 | $ 259.000 |



Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA