Cuenta de cobro 010-2021

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

**Nit.900.959.051-7**

**DEBE A:**

JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO

CC:1023960548 de Bogotá

**LA SUMA DE:**

**Millón ochocientos cuarenta y seis mil ochocientos pesos ($ 1.846.800)**

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2710 de 2021 correspondiente al mes de Noviembre de 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DEACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE (CAMILLERO) CON DISPONIBILIDADEN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

_____

**JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO**

CC:1023960548

Teléfono: 3209131503

Dirección Carrera 2 a este # 46b – 09 sur

No de cuenta: 002170090654 Ahorros Davivienda

Fecha: 30/Noviembre/2021

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 2710 2021 | **C.D.P. No.:** | 302 | **Proceso al que pertenece:** | ENFERMERIA |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | VICTORIA |
| **Nombre del Contratista:** | JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO | | | **C.C.** | 1.023.960.548 |
| **de:** | BOGOTÀ | | | | |
| **Fecha Inicio:** | 2021-02-05 | **Fecha Terminación incial:** | 2021-03-31 | **Valor Mensual:** | $ 1.458.000 |
| **Valor a cobrar:** | $ 1.846.800 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.187.000 | 792 | 2021-04-01 | 2021-04-30 |
| 2 | $ 3.280.500 | 1224 | 2021-05-01 | 2021-06-15 |
| 3 | $ 4.374.000 | 1777 | 2021-06-16 | 2021-08-15 |
| 4 | $ 2.187.000 | 2396 | 2021-08-16 | 2021-09-15 |
| 5 | $ 0 | 0 | 2021-09-16 | 2021-09-30 |
| 6 | $ 0 | 0 | 2021-11-01 | 2021-11-15 |
| 7 | $ 1.215.000 | 3253 | 2021-10-16 | 2021-10-31 |
| 8 | $ 1.944.000 | 3453 | 2021-11-01 | 2021-11-30 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO 2021 | $ 1.895.400 | $ 281.200 | 1035564595 |
| 2 | MARZO 2021 | $ 2.187.000 | $ 281.200 | 1036343311 |
| 3 | ABRIL 2021 | $ 1.846.800 | $ 281.200 | 1036830690 |
| 4 | MAYO 2021 | $ 1.992.600 | $ 281.200 | 1037515987 |
| 5 | JUNIO 2021 | $ 1.992.600 | $ 281.200 | 1038105198 |
| 6 | JULIO 2021 | $ 1.846.800 | $ 281.200 | 1038713227 |
| 7 | AGOSTO 2021 | $ 1.895.400 | $ 281.200 | 1039438057 |
| 8 | SEPTIEMBRE 2021 | $ 1.652.400 | $ 281.200 | 1040161913 |
| 9 | OCUTBRE 2021 | $ 1.749.600 | $ 281.200 | 1040751290 |
| 10 | NOVIEMBRE 2021 | $ 1.846.800 | $ 281.200 | 1041354834 |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 4.374.000** | **$ 19.561.500** | **$ 18.905.400** | **$ 656.100** |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DEACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE (CAMILLERO) CON DISPONIBILIDADEN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 1/11/2021 **Hasta:** 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar 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 demás reglamentación establecida por la Entidad. | Realizó el 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 demás reglamentación establecida por la Entidad. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 2 | Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. | Trasladó las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 3 | Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos. | Usó los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos. | |
| 4 | Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.) | Tramitó la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X, etc.) | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 5 | Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. | Trasladó los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos. | |
| 6 | Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad. | Respondió por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad | |
| 7 | Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo. | Realizó la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo. | |
| 8 | Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. | Asumió de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio. | |
| 9 | Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica. | Conservó, mantuvo y garantizó la reserva legal de la Historia Clínica. | |
| 10 | Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades. | Asistió a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades | Listado de asistencia |
| 11 | Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo. | Mantuvo la reserva de la información que le fue suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo. | |
| 12 | Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | Informó daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes. | |
| 13 | Informar oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presenten con pacientes, muestras y equipos. | Informó oportunamente al referente del proceso inconvenientes que se presentaron con pacientes, muestras y equipos. | |
| 14 | Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin. | Trasladó los pacientes fallecidos a la Morgue y los ubicó en la nevera destinada para tal fin. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 15 | Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio | Realizó el traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| 16 | Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografías, ecocardiogramas, endoscopias, etc | Tramitó oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como TAC, Ecografías, Ecocardiogramas, Endoscopias, etc | Formato Hoja de ruta de Camillero |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **17** | Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.18. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | Dió cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad. | |
| **18** | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. | Ofreció trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | |
| **19** | Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemocomponentes | Participó en las actividades de Código Rojo, Código Azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de Hemocomponentes. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| **20** | Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. | Realizó la entrega de sus actividades al finalizar las mismas. | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| **21** | 21. Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio. | Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de Mayo de acuerdo a las competencias | Formato Hoja de ruta de Camillero |
| **22** | 22. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad. | se realizo el recibo y entrega de turno de acuerdo al protocolo de institucional | Libro entrega de turno |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | **Firma del Contratista** |
| Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.<br>En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro | **C.C.** 1.023.960.548 **de** BOGOTÀ |

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | NESTOR DANIEL SANDOVAL |
| **CARGO:** | REFERENTE DE ENFERMERIA |
| **FIRMA** | |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-10-31, 06:25:43 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1041354834

**Periodo Cotización** 202109 **Periodo Servicio** 202109

**Cliente:**

## PAGADA 2021-10-31 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JUAN DIEGO TOCASUCHE | | | | |
| **Documento** | CC 1023960548 | **Dirección** | CR 2A ESTE 46 B 50 SUR | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3209131503 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1023960548 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | TOCASUCHE QUINTERO JUAN DIEGO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 908.526 | 25-14 | | 16 % | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | 14-7 | 3 | 2,436 % | $ 908.526 | $ 22.200 | CCF22 | 2 % | $ 908.526 | $ 18.200 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | SEGUROS BOLIVAR | COLSUBSIDIO | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 22.200 | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 299.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

BOGOTÁ | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

# POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT

El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.

De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios

Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.

El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), copiándolo en un documento de Word; en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co

Puntos: 100/100

## INFOMACIÓN BÁSICA

La información registrada será tratada de forma confidencial.

1. Documento de identificación *

1023960548

2. Nombres y apellidos completos *

Juan Diego Tocasuche Quintero

3. Correo electrónico *

juantocasuche@gmail.com

4. Número celular de contacto *

3209131503

5. Empleo, profesión  y/o actividad que desarrolla *

camillero

6. Tipo de vinculación *

Contrato - OPS

7. Nivel jerárquico *

Asistencial (nivel auxiliar)

8. Género *

Masculino

9. Seleccione la Unidad a la que pertenece *

UMHES Unidad Médica Hospitalaria Especializ...

10. Escriba el servicio en el que labora y/o desempeña sus actividades contractuales (ejemplo: laboratorio, urgencias, etc.) *

urgencias

## POST TEST

Responda las siguientes preguntas, de acuerdo al contenido visto con anticipación.

11. Seleccione la respuesta correcta: SARLAFT significa: *
(10/10 puntos)

- (●) Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo ✓
- ( ) Sistema Anti lavado Racional de Activos Financieros
- ( ) Sistema Nacional de Riesgos Financieros y Transnacionales

12. Conteste falso o verdadero: el lavado de activos consiste en dar apariencia de legalidad a los bienes, dineros y recursos provenientes de actividades ilícitas como narcotráfico, secuestro, corrupción, contrabando, etc. *
(10/10 puntos)

- ( ) Falso
- (●) Verdadero ✓

13. Seleccione la respuesta correcta: ¿Qué son tipologías en delitos de LA/FT? *
(10/10 puntos)

- ( ) Estudio de los tipos o modelos que se usan para clasificar delitos.

- Las tipologías se refieren a la manera en que se presenta la información.
- Clasificación y descripción de las técnicas utilizadas por las organizaciones criminales para dar apariencia de legalidad a los fondos de procedencia lícita o ilícita, y transferirlos de un lugar a otro o entre personas para financiar sus actividades criminales ✓
- Tipos de delitos usados por criminales para transformar dineros ilegales

14. Se denominan Señales de Alerta: Son circunstancias particulares que se observan en las personas naturales o jurídicas que llaman la atención y justifican un mayor análisis y solicitud de explicaciones al cliente. * (10/10 puntos)

- Falso
- Verdadero ✓

15. Seleccione la respuesta correcta: ¿Qué es riesgo? * (10/10 puntos)

- La ocurrencia de hechos imprevistos que no afectan el cumplimiento de las metas.
- Los acontecimientos previstos y que pueden ser controlados.
- La posibilidad de que ocurran sucesos que pueden causar daño o no.
- La probabilidad de ocurrencia de un evento, impedimento, obstáculo o problema que de materializarse podría afectar negativamente el logro de los objetivos. ✓

16. Conteste falso o verdadero: Se considera riesgo de lavado de activos y financiación del terrorismo a la posibilidad de pérdida o daño que puede sufrir la Entidad por ser utilizada como instrumento para el lavado de activos y/o la canalización de recursos hacia la financiación del terrorismo. *
(10/10 puntos)

- ( ) Falso
- (•) Verdadero ✓

17. Seleccione la respuesta correcta: la materialización del riesgo de lavado de activos, conlleva a los siguientes riesgos asociados
(10/10 puntos)

- ( ) Riesgo técnico, legal, operativo y financiero
- ( ) Riesgo financiero, operacional, transaccional y negativo
- (•) Riesgo legal, reputacional, operativo y de contagio. ✓
- ( ) Todos los anteriores.

18. Conteste falso o verdadero: la UIAF, es la Unidad de Información y Análisis Financiero a la cual se le reportan las declaraciones de Impuestos y los estados financieros del Sector Salud. *
(10/10 puntos)

- (•) Falso ✓
- ( ) Verdadero

19. Conteste falso o verdadero: se define como operación sospechosa aquella realizada por una persona natural o jurídica que, por su número, cantidad o características, no se enmarca dentro de las prácticas normales de una industria o sector y de acuerdo con los usos y costumbres no ha sido razonablemente justificada. *
(10/10 puntos)

- ○ Falso
- ◉ Verdadero ✓

20. Conteste falso o verdadero: el oficial de cumplimiento es un funcionario de la Entidad del segundo nivel jerárquico, responsable de velar por el cumplimiento de las políticas, procedimientos, implementación, actualización del SARLAFT y la presentación de reportes a la UIAF. *
(10/10 puntos)

- ○ Falso
- ◉ Verdadero ✓

Volver a la página de agradecimiento

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Con tecnología de Microsoft Forms |
El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial.
| Términos de uso