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 7493 2021	**C.D.P. No.:**	3114	**Proceso al que pertenece:**	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH"
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: ALONSO ORTIZ MARTINEZ **C.C.** 80.137.782 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2021-10-01 **Fecha Terminación incial:** 2021-10-31 **Valor Mensual:** $ 2.089.152 **Valor a cobrar:** $ 1.010.880

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	OCTUBRE	$ 1.010.880		
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
$ 2.089.152	$ 2.089.152	$ 1:010.880	$ 1.078.272

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	Hice reporte por medio institucional
2	Participar en la actualización documental del servicio	Participe en la actualización documental del servicio	No aplica
3	Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Atendi los caso asignado por el crue
4	Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes	Realice la limpieza y desinfeccion de la movil al dia
5	Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas	Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas	Realice la verificacion nde la movil antes de iniciar el turno
6	Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible
7	Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad	Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad	Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet de manera constante
8	Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria	Asisti a todos los casos asignado por el Crue
9	Reporte de sucesos de seguridad	Reporté sucesos de seguridad	No aplica
10	Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Segui adecuadamente los protocolos institucionales
11	Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo	Trate dignamente y humanizado tanto al cliente interno como externo	Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo
12	Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades	Cumpli con todo el reclamento para la correcta seguridad del paciente
13	Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Acepte de manera oportuna los casos asignados por el centro reculador de urgencias y emergencias
14	Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional	Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo
15	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución	Asisti y participe de las diferentes actividades programada por la supervisora de contrato
16	Reportar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Informe a mi superior y lider sobre los diferentes desplazamientos de la ambulancia
17	Apoyar con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	Apoye con la captura de los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones	No aplica
18	Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE	Respondi y asisti a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE	Actas de asistencia y custodia por la coordinacion de la unidad funcional
19	Registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y o posibles fallas que presente el vehículo	Registre adecuadamente y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehiculo	Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo
20	Verificación pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial	Verifique pre operacional del vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial	Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo
21	Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios	Tramiti mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios	Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo
22	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Libro de novedades
23	Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".	Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH".	Si cumpli

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL.

Alonso Ortiz Martinez
Firma del Contratista

C.C. 80.137.782 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL
CARGO:	Directora de Urgencias
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA 31/10/2021

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

DEBE A:

ALONSO ORTIZ MARTINEZ
C.C. 80.137.782

LA SUMA DE

UN MILLON DIEZ MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS
($ 1.010.880)

Por concepto de 120 HORAS, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 7493 2021, con afiliación a ARL RIESGO 4 correspondiente al mes de OCTUBRE DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"

Cordialmente,

Alonso Ortiz Martinez

ALONSO ORTIZ MARTINEZ
C.C. 80.137.782
Teléfono: 3042933601 DIRECCION KR 125ª 63K 13
N° CUENTA: 0550488400201254 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

08 3031948

Fecha de Radicación

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

1. Tipo de Afiliado
2. Subtipo
3. Categoría
4. Ocupación
5. Tipo de Cotizante
6. Actividad Económica
7. Régimen
8. Código Administradora Anterior
9. Tipo de Documento de Identificación
10. Número de Identificación
11. Primer Apellido
12. Segundo Apellido
13. Primer Nombre
14. Segundo Nombre
15. Sexo
16. Fecha de Nacimiento
17. Estado Civil
18. Dirección de Residencia
19. Departamento de Residencia
20. Municipio de Residencia
21. Zona de Residencia
22. Teléfono
23. Correo Electrónico
24. Nivel Educativo
25. Idioma
26. Pertenencia Étnica
27. Grupo Poblacional
28. Fecha de Afiliación Efectiva
29. Fecha de Retiro
30. Código Administradora Nueva

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

31. Nombre Social
32. Fecha de Afiliación Anterior
33. Autodeterminación de Riesgos Laborales - ARL
34. Autorización de Llamadas

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y padres)

35. Apellidos y Nombres
36. Tipo de Documento de Identificación
37. Número del Documento de Identificación
38. Sexo
39. Fecha de Nacimiento

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

40. Apellidos y Nombres
41. Tipo de Afiliado
42. Parentesco
43. Tipo de Documento de Identificación
44. Número del Documento de Identificación
45. Sexo
46. Fecha de Nacimiento

Datos complementarios

47. Parentesco
48. Sexo
49. Discapacidad
50. Datos de residencia
Municipio - Código
Zona
Urbana
Rural
Departamento
Teléfono fijo y/o celular
51. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)

Jurisdicción de la IPS Primaria
52. Nombre de la Institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS
(a registrar por la EPS)

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

53. Número y razón social
54. Tipo de documento de identificación
55. Número del documento de identificación
56. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

VI. REPORTE DE NOVEDADES

57. Tipo de Novedad
1. Corrección de datos (Diligencie los datos a corregir)
2. Afiliación por primera vez
3. Afiliación por traslado de otra EPS
4. Actualización de datos complementarios
5. Activación de la cotización
6. Retiro por traslado a otra EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Terminación de relación laboral o afiliación
10. Terminación de la cotización de los cotizantes que cesan cotización
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad que realiza afiliaciones colectivas
13. Movilidad A Régimen Contributivo
14. Traslado A Otro Régimen
15. Ingreso de Pensionado
16. Traslado de Pensionado
17. Retiro de la calidad de Pensionado
18. Reforma de la calidad de Pensionado

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

59. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identificación
Número del documento de identidad
Sexo
Femenino
Masculino
Fecha de nacimiento
62. Fecha novedad
63. EPS anterior
64. Motivo de traslado
Código
65. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

66. Declaración por preferencia de afiliación de los beneficiarios o afiliados adicionales.
67. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
68. Declaración de existencia de vínculos con la EPS a la(s) cual(es) se(n) traslada el grupo familiar.
69. Declaración de no estar afiliado(a) cotizante, beneficiario o afiliado adicional a otra Institución Prestadora de Servicios de Salud.
70. Autorización para que la EPS solicite y obtenga copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
71. Autorización para que la EPS reciba la información que se genere de la aplicación de los reportes de novedades a la base de datos de afiliados y cotizantes y a las entidades públicas que cumplan funciones de inspección, vigilancia y control (Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013).
72. Autorización para que la EPS realice la comunicación al correo electrónico o al celular (voz o mensajes de texto).

VIII. PRIMAR

IX. ANEXOS

Cantidad
Total

73. Copia del documento de identidad del cotizante, beneficiario o afiliado adicional.
74. Copia del registro civil de nacimiento o de la tarjeta de identidad.
75. Copia del documento de identidad de los padres.
76. Copia de la sentencia judicial que declare la unión marital de hecho.
77. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la convivencia.
78. Copia del documento de identidad del padre o madre cabeza de familia.
79. Copia del documento de identidad del cónyuge o compañero(a) permanente.
80. Copia del documento de identidad del hijo mayor de edad.
81. Copia de la partida eclesiástica o del acta administrativa de custodia.
82. Copia del documento en que conste la patria potestad o el certificado de existencia de la persona a la cual se encuentra sometido el menor.
83. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
84. Copia de la(s) tarjeta(s) de identidad del(los) afiliado(s) adicional(es) mayor(es) de siete (7) años.
85. Copia del acta administrativa o providencia de los funcionarios competentes en la que conste el cuidado del beneficiario o del afiliado adicional.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

86. Identificación de la Entidad Territorial
Categoría municipio
Código del departamento
87. Datos del SISBEN
Número de la ficha
Puntaje
Nivel
88. Fecha de radicación
89. Fecha de validación
90. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido
Segundo Apellido
Primer Nombre
Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES
91. Firma del funcionario

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ALONSO ORTIZ MARTINEZ identificado(a) con C.C No. 80.137.782, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de septiembre del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías