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 7945 2021 | C.D.P. No.: | 3597 | Proceso al que pertenece: | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 - "APH" |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS |
| Nombre del Contratista: | ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS | | | C.E. 746.643 | de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2021-11-16 | Fecha Terminación incial: | 2023-10-31 | Valor Mensual: $ 6.065.280 | Valor a cobrar: $ 3.234.816 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 3.234.816 | $ 692.900 | 54428842 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 147.285.216 | $ 147.285.216 | $ 3.234.816 | $ 144.050.400 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II 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: 2021-11-16 Hasta: 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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. | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 2 | Participar en la actualización documental del servicio | Participe en la actualización documental del servicio | No aplica para este periodo de pago |
| 3 | Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y o traslado, formatos, consentimiento y desistamento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia. | Diligencie oportuna, completa y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia. | Bitacora de traslados, registro de historia clinicas |
| 4 | Valoración medica y o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Valoración médica y o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Bitacora de traslados, registro de historia clinicas |
| 5 | Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos. | Realice maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos. | Registro de Historia clínica |
| 6 | 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 | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 7 | Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne 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 carne que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Acta de Verificacion |
| 8 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplir manual de bioseguridad |
| 9 | Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención médica Pre Hospitalaria | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención médica Pre Hospitalaria | bitacora de traslados, registro de historia clinicas |
| 10 | Informe y registro oportuno de datos críticos | Informe y registre oportunamente datos críticos | bitacora de traslados, registro de historia clinicas |
| 11 | Reporte y registro de sucesos de seguridad | Reporte y registro de sucesos de seguridad | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 12 | 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 | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 13 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo | Trate de forma digna y humanizada tanto al cliente interno como externo | registro de historia clinicas |
| 14 | 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 | registro de historia clinicas |
| 15 | 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 | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 16 | 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 |
| 17 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y o la institución cuando sean requeridos | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y o la institución cuando sean requeridos | Actas de asistencia custodiadas por la coordinacion de la unidad funcional |
| 18 | Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin | Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin | Bitacora de entregas de turnos y bitacora de traslados |
| 19 | Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y o valoraciones realizadas | Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y o valoraciones realizadas | registro de historia clinica con la debida documentacion del paciente |
| 20 | 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 SDS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE | Actas de asistencia custodiadas por la coordinacion de la unidad funcional |
| 21 | Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y o medicamentos controlados o no | Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y o medicamentos controlados o no | registro de historia clinicas, libro de medicamentos controlados, kardex |
| 22 | Diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF | Diligencie de forma clara y oportuna los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF | No aplica para este periodo de pago |
| 23 | Registro adecuado y oportuno de kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos | Registre adecuada y oportuna el kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos | Registro de kardex e inventario en la unidad movil |
| 24 | Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico | Verifique el pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 25 | 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 | Tramite 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 | Entregue cuenta de cobro y planilla de pago de seguridad social, puntual y en la fecha establecida |
| 26 | Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | Cumpli las demás actividades asignadas por la autoridad competente de acuerdo con el nivel naturaleza y área de desempeño del contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Cumpli con las actividades designadas |
| 27 | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | Realice las demas actividades del convenio 2808992 - 2021 "APH" |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

Erickson Alvarado
**Firma del Contratista**
C.C. 746.643 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | Directora de Urgencias |
| FIRMA | María Angelina Quiñones |

**CUENTA DE COBRO No. 1**

**FECHA 30/11/2021**

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

**DEBE A:**

**ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS**
**C.E 746643**

**LA SUMA DE**

**TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS**
**($3.234.816)**

Por concepto de **96 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7945 2021**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2021**

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

Cordialmente.

Erickson Alvarado

**ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS**
**C.E 746643**
**Teléfono: 3006590470 DIRECCION CALLE 63 SUR #64-90**
**N° CUENTA: 04500012671 CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CE | 746643 | ERICKSON DAVID ALVARADO ROJAS | CARRERA7 A N 3 35 | 3006590470 | ERICKDALRO@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2021-10 | 2021-10 | I | 03/11/2021 | 54428842 | $692.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 283.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 283.100 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 362.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 362.300 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 11.900 | | | | 11.900 | 0 | 0 | 11.900 | | | 119 | 11.900 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.600 | 0 | 0 | 35.600 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 283.100 | 283.100 |
| Pensión | 1 | 362.300 | 362.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 11.900 | 11.900 |
| CCF | 1 | 35.600 | 35.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 692.900 | 692.900 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información