Secretaría de Salud
Subsecretaría 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: APOYA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO – OPS:	PS 796B 2021	C.D.P. No:	3597	Proceso al que pertenece:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2808992 – "APIJ"
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	CARLOS NORBERTO PULIDO HERRERA.			C.C:	79.632.492 de: BOGOTÁ D.C
Fecha Inicio:	2021-11-16	Fecha Terminación Inicial:	2023-10-31	Valor Mensual:	$ 2.089.152 Valor a cobrar: $ 1.920.672

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	$ 1.314.144	$ 277.200	54484751
2	DICIEMBRE	$ 1.920.672	$ 277.200	55143702
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
	$ 49.095.072	$ 49.095.072	$ 3.234.816	$ 45.860.256

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 "APIJ"

Relación de actividades para el período: Desde: 2021-12-01 Hasta: 2021-12-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Estar presente en el momento de las entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto	Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto	Hoja reporte por medio institucional
2	Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (secretariales) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.	Preste servicios como apoyo administrativo logístico (secretariales) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.	No aplica
3	Realizar los desplazamientos diarios de valoraciones y/o traslado establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Realice los desplazamientos diarios de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Atendí los casos asignado por el cruc
4	Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o atención de pacientes.	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o atención de pacientes.	Realicé la limpieza y desinfección de la movil al día
5	Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, reportando de inmediato no conformidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el perfil de los elementos de identificación institucional	Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, reportando de inmediato no conformidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplí con el perfil de los elementos de identificación institucional	Realicé la verificación de la movil antes de iniciar el turno
6	Portar de manera decorosa los prendas institucionales acordes a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que le acredite como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acordes a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que le acredite como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E	Porte de manera adecuada el uniformes y el carnet institucional vigente
7	Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad.	Porte de manera adecuada el tapabocas y el lavado de manos lo estandarde
8	Velar por la oportunidad, la pertinencia, confiabilidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención Pre Hospitalaria.	Velé por la oportunidad, la pertinencia, confiabilidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención Pre Hospitalaria.	Atendí a todos los casos asignado por el CRue
9	Reporte de eventos de seguridad	Reporté de eventos de seguridad	Reporté en salud al Dia laborado los casos atendi
10	Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal cumplimiento de las actividades.	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.	Seguí adecuadamente los protocolos institucional
11	Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.	Traté digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.	Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo
12	Atender las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.	Cumplí con todo el reglamento para la correcta seguridad del paciente
13	Atender las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de tendencia compleidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) el medico regulador quien define en cada caso las acciones a tomar en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la normatividad del centro regulador de urgencias y emergencias en cuanto a: así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las unidades adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.	Atendí las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de tendencia compleidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) el medico regulador quien define en cada caso las acciones a tomar en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la normatividad del centro regulador de urgencias y emergencias en cuanto a: así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las unidades adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.	Cumplí adecuadamente las indicaciones del líder de la tripulación, siguiendo cada uno de los procesos indicados para obtener el cumplimiento de las metas
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.	Diligencié los formatos de verificación
15	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.	Firma del acta de asistencia establecida por el procedimiento
16	Revisar de manera mensual incluyendo el medido de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al mejoramiento en la revisión mensual de las unidades móviles. En el día asignado para entrega de suministros de unidades se debe presentar puntualmente para realizar la entrega de informe de actividades correspondiente por periodicidad. Inventario mensual de herramientas, bitácoras diarias del mes y revisión del cumplimiento de estas.	Revisar de manera mensual incluyendo el medido de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al mejoramiento en la revisión mensual de las unidades móviles. En el día asignado para entrega de suministros de unidades se debe presentar puntualmente para realizar la entrega de informe de actividades correspondiente por periodicidad. Inventario mensual de herramientas, bitácoras diarias del mes y revisión del cumplimiento de estas.	Reposee en Hilanes y a este.
17	Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SIAU, Novedades administrativas y disposiciones generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SIAU, Novedades administrativas y disposiciones generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.	No aplica
18	Registrar adecuada y oportunamente en el reporte el personal encargado de los mantenimientos y o garantías faltas que presente el vehículo	Registre adecuada y oportunamente junto con el reporte el personal encargado de los mantenimientos y o garantías faltas que presente el vehículo.	Formatos entregados al personal encargado
19	Verificación pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.	Verifique preoperacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.	Diligencie de entrega de turno y novedades al vehículo
20	Tramitar mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "Informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes seguridad", "Formato en Word de cuenta de cobro" para el pago de sus respectivos honorarios	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "Informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes seguridad", "Formato en Word de cuenta de cobro" para el pago de sus respectivos honorarios	Entregue mensual de cuenta de cobro
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean relacionadas con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APIJ" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato."	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean relacionadas con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APIJ" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato."	Libre de novedades

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Firma del Contratista

C.C. 79.632.492 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE	MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL
CARGO	Directora de Urgencias
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 2

FECHA 31/12/2021

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

DEBE A:

CARLOS NORBERTO PULIDO HERRERA
C.C 79.632.492

LA SUMA DE

UN MILLON NOVECIENTOS VEINTE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS ($1.920.672)

Por concepto de **228 HORAS,** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 7968 2021**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **DICIEMBRE DE 2021.**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO **CONDUCTOR DE 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.

CARLOS NORBERTO PULIDO HERRERA
C.C 79.632.492
Teléfono: 3214839131 DIRECCION KR 12D 28B 62 SUR
N° CUENTA: 0570004570186769 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79632492	CARLOS NOLBERTO PULIDO HERRERA		carrera 120 No 28B-02 SUR	3214839131	carlosnpulidoh@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-11	2021-11	1	03/12/2021	55143702	$277.200	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
230201	Protección (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	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. Administradores Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	277.200	277.200

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