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 8079 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:** | DANIEL ANTURI PEÑA | | | **C.C.** | 80.214.275 **de:** BOGOTA |
| **Fecha Inicio:** | 2021-11-18 | **Fecha Terminación incial:** | 2023-10-31 | **Valor Mensual:** | $ 1.879.902 **Valor a cobrar:** $ 1.091.556 |

| 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 | NOVIEMBR | $ 1.091.556 | $ 259.000 | 8354434676 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | $ 44.052.370 | $ 44.052.370 | $ 1.940.544 | $ 42.111.826 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA 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:** 2021-11-18 **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. | Se realiza diligenciamiento de bitácora de entrega y recepción de turno |
| 2 | Participar en la actualizacion documental del servicio | Participe en la actualización documental del servicio. | Por medio de link diligenciamiento de información |
| 3 | Garantizar que los tiempos asignados para las desinfecciones terminales y rutinarias de los vehículos de emergencia | Garantice el cumplimiento de los tiempos asignados para las desinfeccion terminal y rutinaria de los vehículos de emergencia. | Informando a la central el inicio y el final de los tiempos de desinfección |
| 4 | Garantizar que la entrega de los insumos no exceda los tiempos autorizados por el CRUE | Garantice que la entrega de los insumos no excediera los tiempos autorizados por el CRUE. | reportando al CRUE de dicha terminación de tiempos. |
| 5 | Verificar el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE | Inventario de existencia de insumos |
| 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. | Reportado en bitácoras, medios virtuales el inicio de turno |
| 7 | 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 me acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalón |
| 8 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Uso constantemente de bioseguridad requerida según sea el incidente |
| 9 | Aplicación de listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia. | Realice limpieza terminal y rutinaria según sea el caso |
| 10 | Informe y registro oportuno de datos criticos | Informe y registre oportunamente datos criticos. | Hice uso de protocolo "paciente inestable" para realizar pronta intervención y direccionamiento |
| 11 | Reporte y registro de sucesos de seguridad | Reporte y registre los sucesos de seguridad. | se activa protocolo de sucesos de con jefe inmediato, ARL si se requiere y personal competente |
| 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 requirieron para cabal el cumplimiento de las actividades. | Se porta de manera decorosa camiseta, chaqueta, pantalón |
| 13 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo | Trate digna y humanizadamente al cliente interno como externo. | Correcto diligenciamiento de documentación, , e historia clínica, tomando con el tiempo correspondiente para una buena atención respetuosa y empatica. |
| 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 manejo de acuerdo al desarrollo de mis actividades | Se diligencio consentimiento informado para la realizacion y abordaje de la atencion, esto contemplado a la historia clinica. |
| 15 | Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y o aseguradora | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos fueron direccionados al taller y o aseguradora. | Al momento de la entrega de insumos biomedicos se diligencio personalmente documentacion, hoja de vida de cada biomedico y la verificacion de su funcionamiento |
| 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. | Asisti a los requerimientos del personal para ser capacitado |
| 17 | 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. | Diligencie planillas de asistencia, pretest y postest |
| 18 | Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad | Controle el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad. | Optimice los recursoS de quirucidal, quirtuger quineutrin supragel entre otros |
| 19 | 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. | Tramité en 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. | Personalmente entregue cuenta de cobro al personal administrativo encargado |
| 20 | Las demás 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. | Para realizar las actividades me presente a disposición a la subred centro oriente en secuencia de turnos y días asignados Para realizar a satisfacción las exigencias |
| 21 | Actividades desarrolladas dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH". | Cumpli las demás actividades dentro de la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" | No presenté inasistencia en el cuadro de turno durante el tiempo de contrato. |

**Observaciones:**

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL

Daniel Anturi Peña
**Firma del Contratista**

**C.C.** 80.214.275 **de** BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

| | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| **CARGO:** | Directora de Urgencias |
| **FIRMA** | |

**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:**

**DANIEL ANTURY PEÑA**
**C.C. 80214275**

**LA SUMA DE**

**UN MILLÓN NOVENTA Y UN MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS**
**$1.091.556**

Por concepto de **108 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 8079 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 **AUXILIAR ENFERMERIA AMBULANCIA APH**, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

**DANIEL ANTURY PEÑA**
**C.C. No. 80214275**
**Teléfono: 3138764835 DIRECCION: KR 29 # 40 27 SUR**
**N° DE CUENTA: 24722564649 CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | DANIEL ANTURI PEÑA |
| **No. Identificación:** | CC80214275 |
| **Dirección:** | CALLE 66 A # 17 G 32 SUR |
| **Telefono:** | 7618818 |
| **Correo:** | princes270@hotmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 8354434676 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | DANIEL ANTURI PEÑA |
| Tipo y número de identificación | CC80214275 |
| Número de planilla | 8354434676 |
| Fecha pago | 2021-11-05 |
| Número de autorización pago | 41428702 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | noviembre de 2021 |
| Periodo de Cotización Pensión | noviembre de 2021 |
| Número de Administradoras | 2 |
| Total Pagado | 259000 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

PAGADA

8354434676

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 145400 | 1 |
| EPS017 | Famisanar EPS Cafam Colsubsidio | 113600 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80214275
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL ANTURI PEÑA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 230201 | 908526 | 908526 | 0 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 0 | 0 |

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