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: 2020-03-04

2382

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 8083 2021 | C.D.P. No.: | 3597 | Proceso al que pertenece: | CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2868992 - "API" |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS |
| Nombre del Contratista: | ARMANDO BELTRAN | | | C.C. 79.360.833 | de: BOGOTÁ D.C |
| Fecha Inicio: | 2021-11-18 | Fecha Terminación Inicial: | 2023-10-31 | Valor Mensual: | $ 2.089.152 |
| | | | | Valor a cobrar: | $ 909.792 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 909.792 | $ 259.000 | 54483664 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 49.095.072 | $ 49.095.072 | $ 909.792 | $ 48.185.280 |

## 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 2868992-2021 "API"**

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2021-11-18 Hasta: 2021-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las copiadas 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 la entrega y recibo 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 entrega y recibo 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 (conductores) 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 logistico (conductores) 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 derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el medico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Atendí los casos asignados por el cruc |
| 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. | Realicé la limpieza y desinfección de la movil al dia |
| 5 | Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, reportando todo tipo de novedad o necesidades 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 porte de los elementos de identificación institucional | Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, reportando todo tipo de novedad o necesidades 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 porte de los elementos de identificacion institucional. | Realicé la verificación de la movil antes de iniciar el turno |
| 6 | Portar de manera decorosa los prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné 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 carné que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera adecuada el uniforme 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 constantemente |
| 8 | Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. | Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. | Atendí a todos los casos asignados por el Cruc |
| 9 | Reportar alertas de seguridad. | Reportó alertas de seguridad | Reportí novedad al Jefe Inmediato las novedades |
| 10 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para contar el cumplimiento de las actividades. | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para contar el cumplimiento de las actividades. | Seguí adecuadamente los protocolos establecidos |
| 11 | Trato digno y humanizado hacia el cliente interno y externo en el desarrollo del objeto contractual. | Trate digno y humanizado hacia el cliente interno y externo en el desarrollo del objeto contractual. | Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo |
| 12 | Atender la 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 maneje 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 mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien defina en cada caso las instrucciones 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 subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, 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 mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien defina en cada caso las instrucciones 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 subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, 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. | Diligenciando 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 gestión aprobada por el coordinador inmediato |
| 16 | Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y realizar arqueo del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. El día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar pre-alistamiento para realizar la entrega de informe de actividades: inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, internas durante el mes y revisión del cumplimiento de estas. | Revisé de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y realizar arqueo del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. El día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar pre-alistamiento para realizar la entrega de informe de actividades: inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, internas durante el mes y revisión del cumplimiento de estas. | Registros en Historias y otras. |
| 17 | Responder y asistir a las citaciones dadas a raíz de los requerimientos del SIAOB, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | Responda y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SIAOB, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | No aplica |
| 18 | Registrar adecuada y oportunamente en el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. | Registre adecuada y oportuna mente en el reporte al personal encargado de los mantenimientos y o posibles fallas que presente el vehiculo. | Reportes entregados al personal encargado |
| 19 | Verificación preoperacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. | Verifique preoperacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. | Entrega de entregas de turnos y novedades del vehículo |
| 20 | 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. | Entrega mensual de cuenta de cobro. |
| 21 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2868992 - 2021 "API" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato." | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2868992 - 2021 "API" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato." | Evidencias mensuales |

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 79.360.833 de BOGOTA D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS**

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

6292

**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:**

**ARMANDO BELTRAN**
**C.C 79.360.833**

**LA SUMA DE**

**NOVECIENTOS NUEVE MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS**

**($909.792)**

Por concepto de **108 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 8083 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 **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,

**ARMANDO BELTRAN**
**C.C. N° 79.360.833**
**Teléfono: 3144447573 DIRECCION CALLE 61D SUR 17B 54**
**N° CUENTA: 008400734854 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

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

**Señor(a):** ARMANDO BELTRAN
**No. Identificación:** CC79360833
**Dirección:** CALLE 61D SUR 17B 54
**Telefono:** 7900079
**Correo:** GAIA6363@GMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 54483664

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | ARMANDO BELTRAN |
| Tipo y número de identificación | CC79360833 |
| Número de planilla | 54483664 |
| Fecha pago | 2021-11-05 |
| Número de autorización pago | 1044291 |
| Banco | 1083 |

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

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 145400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

FACTURA
54483664

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79360833
APELLIDOS Y NOMBRES: ARMANDO BELTRAN

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 231001 | 908526 | 908526 | 0 | 0 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 0 | 0 |

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