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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIN: 03
FECHA: 2021-12-27

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 1738 2022 | C.D.P. No.: | 105 |
| Proceso que pertenece: | MISIONAL | | |
| Servicio al que pertenece: | URGENCIAS | | |
| Unidad a la que pertenece: | TRASLADOS SECUNDARIOS | | |

Nombre del Contratista: JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO C.C. 80.912.409 de: BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 2022-02-01 Fecha Terminación incial: 2022-04-30 Valor Mensual: $ 1.701.900 Valor a cobrar: $ 1.815.360

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 715.280 | 1287 | 1/05/2022 | 10/05/2022 |
| 2 | $ 1.361.520 | 1383 | 11/05/2022 | 31/05/2022 |
| 3 | $ 784.765 | 1697 | 1/06/2022 | 15/06/2022 |
| 4 | $ 3.971.100 | 1905 | 16/06/2022 | 15/08/2022 |
| 5 | $ 0 | 0 | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.762.560 | $ 305.000 | 1312933190 | 4/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 1.762.560 | $ 305.000 | 1349241429 | 2/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 1.542.240 | $ 305.000 | 1398694020 | 5/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 1.758.630 | $ 305.000 | 1445804239 | 6/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 1.588.440 | $ 305.000 | 59415498 | 6/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 1.815.360 | $ 305.000 | 1547652235 | 11/07/2022 |
| 7 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.957.200 | $ 11.789.865 | $ 10.229.790 | $ 1.560.075 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-07-01 Hasta: 2022-07-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad | Recibí y entregué turno de acuerdo a los protocolos de la entidad | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica del traslado | Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clinica del traslado | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 3 | Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento | Oriente a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 4 | Realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud | Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes,al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a mis pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada | | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 7 | Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados | Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignadoy durante el turno | Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 9 | Realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente | Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente | Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 10 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales | Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil | Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guias y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 13 | Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad | Conté con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad | Actas de capacitacion del mes cobrado |
| 14 | Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente | Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente | Bitacora de entregas la movil asignada / Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 15 | Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado | Repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino | Recibí y entregué al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Realizar el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Realice el control de liquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 18 | Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal | Porté el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentacion personal | Ningun llamado de atencion por presentacion personal |
| 19 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 20 | Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente | Imparti educación al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situación clinica del paciente | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 21 | Mantener la reserva de la información clinica y personal de los pacientes | Mantuve la reserva de la información clinica y personal de los pacientes | Historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 22 | Ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Ejercí las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 23 | Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | Recibí y entregué el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 24 | Conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Cumplí la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 25 | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 26 | Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5 | Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5 | Planilla de pago de aportes sociales |

**Observaciones:**

**EL CONTRATISTA ESTA AFILIADO A LA ARL CON RIESGO 4**

**Nota:** Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Jeisson A Hernandez C

**Firma del Contratista**

C.C. 80.912.409 de BOGOTÁ D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | MARIA ANGELINA QUIÑONES SANDOVAL |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | Maria Angelina Quiñones |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANA VICTORIA PICO REINA |
| CARGO | ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | Ana Victoria Pico |

**CUENTA DE COBRO No.** 6

**FECHA** 31/07/2022

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

**DEBE A:**

**JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO**
**C.C. 80.912.409**

**LA SUMA DE**

**UN MILLÓN OCHOCIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS ($1.815.360 )**

Por concepto de **192 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 1738 2022**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **JULIO DE 2022**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**

Cordialmente,

Jeisson A Hernández C.

**JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO**
**C.C. No. 80.912.409**
**Teléfono: 3142882742 DIRECCION: DIAGONAL 146 # 136A - 90**
**N° DE CUENTA: 0550008400696756 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 80912409- | JEISSON ARLEY HERNANDEZ CASTILLO | U | | |

**PERIODOS DE COTIZACION**

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2022 | 6 | 2022 | 602389[illegible] | | PUBLICA / PRIVADA ✓ / MIXTA | PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓ | | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CALL E40 B SUR 10A 08 ESTE | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ, D.C. | 11 | 3630662 | 3630662 | jeisson@gmail.com | 6511 | 1.000.000 | 1 | 2022/07/11 | 1547652235 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564-7 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 125.000 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 0 | | 0 | 0 | 125.000 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 800227840-6 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 160.000 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF21 | 860013570-3 | 20.000 | 0 | 0 | 20.000 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS**

| | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 0 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 1 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,IMAJRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 160.000 | 160.000 |
| SALUD | 125.000 | 125.000 |
| RIESGOS LABORALES | 0 | 0 |
| CCF | 20.000 | 20.000 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 305.000 | 305.000 |

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