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 2631 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: CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA C.C. 1.030.592.589 de: BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 2022-02-01 Fecha Terminación incial: 2022-04-30 Valor Mensual: $ 2.002.320 Valor a cobrar: $ 1.551.798

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.157.976 | 1383 | 1/05/2022 | 10/05/2022 |
| 2 | $ 1.017.846 | 1697 | 11/05/2022 | 31/05/2022 |
| 3 | $ 4.655.394 | 1905 | 1/06/2022 | 15/06/2022 |
| 4 | $ 310.360 | 2588 | 16/06/2022 | 15/08/2022 |
| 5 | $ 240.278 | 2639 | 16/08/2022 | 21/08/2022 |
| 6 | $ 1.551.798 | 2859 | 22/08/2022 | 5/09/2022 |
| 7 | $ 2.402.784 | 3204 | 6/09/2022 | 5/10/2022 |
| 8 | $ 1.201.392 | 3610 | 6/10/2022 | 5/11/2022 |
| 9 | $ 0 | 0 | 6/11/2022 | 5/12/2022 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.652.400 | $ 305.000 | 56399168 | 7/02/2022 |
| 2 | MARZO | $ 1.846.800 | $ 285.000 | 57109136 | 4/03/2022 |
| 3 | ABRIL | $ 1.555.200 | $ 305.000 | 57864669 | 6/04/2022 |
| 4 | MAYO | $ 1.902.204 | $ 305.000 | 58544848 | 16/05/2022 |
| 5 | JUNIO | $ 1.701.972 | $ 305.000 | 59259009 | 10/06/2022 |
| 6 | JULIO | $ 2.102.436 | $ 305.000 | 59955938 | 14/07/2022 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.902.204 | $ 305.000 | 60659825 | 11/08/2022 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.802.088 | $ 305.000 | 8361449818 | 20/09/2022 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1.401.624 | $ 305.000 | 62193091 | 12/10/2022 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1.551.798 | $ 305.000 | 62913539 | 17/11/2022 |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.832.000 | $ 18.369.828 | $ 17.418.726 | $ 951.102 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Dar al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Di buen uso propio de mi naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Conservar y mantener en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada | Conservé y manture en perfecta condición, estado de presentación y seguridad la móvil asignada | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 3 | Revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Revisé y cumplí los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 4 | Tener en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehiculo y hacer buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía | Tuve en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehiculo e hice buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 5 | Informar y solicitar la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad | Informé y solicité la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tuve bajo mi responsabilidad | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 6 | Asistir y actualizar todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE | Asistí y actualicé todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE | Certificaciones formales cargadas al secop |
| 7 | Reportar a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Reporté a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Cumplir con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 9 | Utilizar responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Utilicé responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 10 | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato | Realicé el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo | Informé con anticipación las situaciones para la provisión del respectivo reemplazo | Formatos de novedades de personal |
| 13 | Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 14 | En caso de sufrir accidente de tránsito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO | Comuniqué inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO los accidentes de transito | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 15 | En caso de sufrir accidente a algún peatón cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo segun protocolo | Cumplí con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo accidente según protocolo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Cumplí la política de seguridad del paciente, reporté el evento adverso e incidentes datos que sirvieron para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con la CRAU | Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con la CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 18 | Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propendí por el adecuado uso y tuve cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 19 | En caso que la movil sufra algun tipo de daño solicitar autorización a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred | Solicité autorización a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred cuando la movil sufrió daños | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 20 | Cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4,Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4,Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | 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.

**Firma del Contratista**

C.C. 1.030.592.589 de BOGOTA D.C

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

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | JORGE ENRIQUE BONILLA AVELLA |
| CARGO | ENFERMERO CÓDIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No. 10**

**FECHA 30/11/2022**

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

**DEBE A:**

**CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA**
**C.C. 1030592589**

**LA SUMA DE**

**UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS ($1.551.798)**

Por concepto de **186 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2631 2022**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2022**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

**CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA**
**C.C. No. 1030592589**
**Teléfono: 3212593752 DIRECCION: CALLE 51 C SUR# 81 160**
**N° DE CUENTA: 0550008900715569 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

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

**Señor(a):** CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA
**No. Identificación:** CC1030592589
**Dirección:** CL 51C SUR 81 BIS 60
**Telefono:** 8042045
**Correo:** fonfechar@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 62913539

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA |
| **Tipo y número de identificación** | CC1030592589 |
| **Número de planilla** | 62913539 |
| **Fecha pago** | 2022-11-17 |
| **Número de autorización pago** | 1284146 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2022 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 305000 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 160000 | 1 |
| CCF22 | Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar | 20000 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | 125000 | 1 |

62913539

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030592589
APELLIDOS Y NOMBRES: CHARLIE ANDERSON RONCANCIO FONSECA

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 231001 | 1000000 | 1000000 | 0 | 1000000 | 125000 | 0 | 160000 | 0 | 0 | 0 |

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