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
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 3398 2023 | C.D.P. No.: 367

Proceso que pertenece: DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA
Servicio al que pertenece: ENFERMERIA
Unidad a la que pertenece: HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOHAN SEBASTIAN CEBALLOS CRIOLLO | C.C. 1.030.630.892 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2023-02-10 | Fecha Terminación inicial: 2023-04-20 | Valor Mensual: $ 3.151.800 | Valor a cobrar: $ 4.622.640

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
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	MARZO	$ 4.622.640			
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.245.280	$ 9.245.280	$ 4.622.640	$ 4.622.640

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-03-01 Hasta: 2023-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	Se desarrollaron las actividades contractuales de acuerdo al cronograma para el mes de MARZO 2023	Programacion de Turnos
2	2. Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran.	Se realizo la toma al 100% de los pacientes asignados el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
3	3. Realizar el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades Identificadas.	Se realizo la preparacion al 100% de los pacientes asignados el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
4	4. Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten.	El 100% de las actividades derivadas del plan de cuidado de enfermeria se realizaron teniendo en cuenta las practicas seguras el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
5	5. administrar medicamentos oportunamente y verificar el cuidado directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y antisepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores la no existencia de medicamentos para realizar reajuste de tratamiento.	Se realizo el reportes de los sucesos de seguriadad identificados en el mes de MARZO 2023	Aplicativo Almera
6	6. Apoyar la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y revisando registros de enfermería.	Se garantizo el reporte del 100% de las desviaciones en la evolucion del paciente al equipo de trabajo el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
7	7. Realizar actualización del kardex y tarjetas de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente.	Se realizo la revision de las historias cllinica del 100% de los pacientes asignados en el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
8	8. Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio.	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes de MARZO 2023	Formatos de Limpieza y desinfeccion
9	9. Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por paciente antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite.	Se realizo el registro de las actividades realizadas en los pacientes asignados en el aplicativo de Dinamica y en los formatos en fisico ante fallas en el sistema para el mes MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
10	10. Realizar en el formato correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo servicio.	Se garantizo el cumplimiento de las mormas institucionales en el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
11	11. Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso.	Se realizo la revisión diaria del inventario correspondiente al area en el mes de MARZO 2023	Libro de Inventario servicios
12	12. Revisar diariamente que los venoequipos, drenajes, buretroles y demás elementos invasivos del paciente que manejan según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente.	Se realizaron las actividades contractuales teniendo encuenta los documentos intitucionales relacionados con los procesos de enfermeria en el mes de MARZO 2023	Libro de Inventario servicios

13	13. Realizar la asignación de paciente a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio.	Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de MARZO 2023	Listado de Asistencia
14	14. Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la presencia o proliferación de infecciones en los servicios	Se garantizo el proceso de limpieza y desinfeccion, rutinaria y terminal de las unidades del paciente asi como de las diferentes areas del servicio durante el mes,de MARZO 2023	Formatos de Limpieza y desinfeccion
15	15. Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio.	Se realizo la toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes asignados y que requirieron la necesidad de la toma en el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
16	16. Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama.	Se realizo la asistencia en la alimentación a los pacientes asignados con grado de deependencia de enfermeria conservando las precauciones establecidas en el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
17	17. Cumplir con el cronograma de actividades establecido de mutuo acuerdo con el supervisor del contrato, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio.	Se realizo el control de liquidos administdados y eliminados al 100% de los pacientes asignados en el mes de MARZO 2023	Historias Clinicas Aplicativo Dinamica
18	18. Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, exámenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de MARZO 2023	Concepto coordinadora
19	19. Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se garantizo la atencion del paciente con caliadad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de MARZO 2023 y no hay reporte de PQR relacionados con la prestacion de mi servicio	Reportes de PQR
20	20. Realizar el uso del uniforme de acuerdo al protocolo institucional.	Se garantizo la educacion e informacion al 100% de los pacientes asignados incluido su familia en el mes de MARZO 2023	Registro formato de educacion ubicado en Historia clinica

Observaciones:

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.

Johan S. Ceballos C.

Firma del Contratista

C.C. 1.030.630.892 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	TATIANA PAOLA CLAVIJO QUESADA
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	INDIRA JUDITH CALAMBAS ALVAREZ
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 01-2023

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900.959.051-7

DEBE A

JOHAN SEBASTIAN CEBALLOS CRIOLLO
CC. 1.030.630.892 DE BOGOTA

LA SUMA DE:

($ 4.622.640) CUATRO MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

Por concepto de: 264 HORAS Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3398 2023, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de MARZO de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 01/03/2023 AL 31/03/2023

Johan S. Ceballos C.

JOHAN SEBASTIAN CEBALLOS CRIOLLO
CC. 1.030.630.892 DE BOGOTA
Cel. 3214946779
DIR: CALLE 38 C SUR # 72N-61
CUENTA AHORROS: 25000000107 BANCO BANCOLOMBIA
31 DE MARZO 2023

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CEBALLOS CRIOLLO JOHAN SEBASTIAN** identificado(a) con **CC** número **1.030.630.892** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de marzo de 2023.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

20230321181555

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud

07/03/2023

I. DATOS DEL TRAMITE

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Apellidos y nombres			
Caballos	Criollo	Johan	Sebastian

3. Tipo de documento de identidad	4. Número de documento de identidad	5. Sexo	6. Fecha de nacimiento
CC	1030630892	M	03/10/1999

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Pertenece a población especial	14. Grupo de población especial	15. Pertenece a población migrante - ARL	16. Agrupaciones de los Pueblos
				Seguros Bolivar	Protección

17. Dirección de residencia	18. Teléfono	19. Área	20. Departamento	21. Municipio	22. Zona
$1'160.000 CL 38C SUR 72N 61	243185	3214946719	Kennedy	Bogotá	

sebastiancaballoscriollo@hotmail.com Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

30. Tipo de documento de identidad	31. Número de documento de identidad	32. Sexo	33. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	29. Apellidos y nombres				30. Tipo de documento de identidad	31. Número de documento de identidad	32. Sexo
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre			
01							
02							
03							
04							
05							

	34. Fecha de nacimiento	35. Parentesco	36. Zona	37. Discapacidad					38. Lugar de residencia				39. Número de la EPS a la cual pertenece el beneficiario (*)
				Tipo			Grado		Municipio	Zona	Departamento	Teléfono fijo/celular	
				I	N	M	S	P		Urbana / Rural			
01													
02													
03													
04													
05													

Selección de la IPS Primaria

39. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	40. Código de la IPS (Proporcionado por la EPS)
	P1

41. Observaciones

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES EN LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

42. Nombre o razón social	43. Tipo de documento de identificación
44. Número del documento de identificación	45. Tipo de cotizante (Para aportes al régimen contributivo)

VI. REPORTE DE NOVEDADES

46. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
   Código
6. Reactivación en la EPS

7. Inclusión de nuevo cónyuge o de afiliado adicional
8. Exclusión de cónyuge o de afiliado adicional
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para ser cotizante
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una o más afiliadas para nuevas afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad afiliada para nuevas afiliaciones colectivas

13. Movilidad
   A. Cambio Regional B. Salgo a Régimen
14. Traslados
   A. Cambio Regional B. Salgo a Régimen
15. Reporte de Nacimiento
16. Reporte de Defunción de cónyuge o beneficiario
17. Reporte de Suspensión Temporal
18. Reporte de Finalización

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

47. Datos Adicion de identificación

Tipo de Documento de Identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	48. Fecha
49. EPS anterior		50. Motivo de retiro Código	51. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

52. Autorización para que la EPS realice la verificación de la información suministrada en el formulario

53. Autorización para que la EPS reporte la información a la Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías a la cual se encuentre afiliado el cotizante

54. Declaración de bajo riesgo económico de los beneficiarios y afiliados adicionales

55. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

56. Declaración de ausencia de cobros de cuota mayor a cuota familiar que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios

57. Declaración de no afiliación de cónyuge, cabeza de familia, compañero(a) o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

58. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

IX. FIRMAS

Sebastian Caballos

X. ANEXOS

59. Anexo copia del documento de identidad CN [ ] Cant [ ] RC [ ] Cant [ ] TI [ ] Cant [ ] CC [ ] Cant [ ] PA [ ] Cant [ ] CE [ ] Cant [ ] SC [ ] Cant [ ]

60. Copia del diagnóstico médico expedido por la autoridad competente

61. Copia del registro civil de nacimiento, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

62. Copia de la sentencia judicial o acta de conciliación que declare la existencia de unión marital y sociedad patrimonial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

63. Copia del certificado de nacimiento o acta de entrega del menor

64. Certificación de no afiliación a otra entidad promotora de salud

65. Copia del acta administrativa o providencia judicial mediante la cual se otorga la custodia y cuidado personal del menor

66. Copia del documento de identidad del cotizante o beneficiario

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

68. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Clase del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Aporte marzo - pago abril - Retiro planilla

2 HOJA SUSCRIPTOR

Certificado
Bancario

Martes, 7 de marzo de 2023

Señor(a)
Subred Centro Oriente

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOHAN SEBASTIAN CEBALLOS CRIOLLO identificado(a) con CC 1030630892, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	25000000107	2019/12/18	ACTIVA

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (60-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (60-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (60-5) 361 88 88 - Cali - Local: (60-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

Bancolombia