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 1453 2023 | C.D.P. No.: | 83 |
| Proceso que pertenece: | MISIONAL | | |
| Servicio al que pertenece: | URGENCIAS | | |
| Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | FERNANDO JIMENEZ AGAMEZ | C.C. | 1.047.376.078 de: CARTAGENA |
| Fecha Inicio: | 2023-01-21 | Fecha Terminación incial: | 2023-04-20 |
| Valor Mensual: | $ 6.559.662 | Valor a cobrar: | $ 5.501.652 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 415.260 | 860 | 21/04/2023 | 20/05/2023 |
| 2 | $ 3.666.444 | 1064 | 21/05/2023 | 5/06/2023 |
| 3 | $ 3.738.302 | 1533 | 6/06/2023 | 5/07/2023 |
| 4 | $ 6.559.662 | 0 | | |
| 5 | $ 0 | 0 | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5.537.280 | $ 757.100 | 65304679 | 8/02/2023 |
| 2 | MARZO | $ 5.932.800 | $ 790.900 | 66069360 | 7/03/2023 |
| 3 | ABRIL | $ 6.348.060 | $ 790.900 | 66860834 | 12/04/2023 |
| 4 | MAYO | $ 6.559.662 | $ 837.000 | 67600356 | 8/05/2023 |
| 5 | JUNIO | $ 5.501.652 | $ 817.600 | 68381922 | 8/06/2023 |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 18.391.680 | $ 32.771.348 | $ 29.879.454 | $ 2.891.894 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (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: 2023-06-01 Hasta: 2023-06-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión | Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 2 | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado | Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 3 | Realizar los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Realice los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 4 | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica | Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica | Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 5 | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 6 | Imparte instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado | Imparte instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado | Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 7 | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada | Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada | Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 8 | Informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado | Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 9 | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos | Cumplí con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 10 | Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Apoye a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 11 | Realizar resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera | Realice resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 12 | Apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda | Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda | Entrega de actas de requerimientos y quejas. |
| 13 | Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados | Cumplí con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados | Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos. |
| 14 | Cumplir con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia | Cumplí con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 15 | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente | Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente | Registro en las actas de asistencia a capacitaciones. |
| 16 | Portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa | Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa | Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa. |
| 17 | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo | Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo | Cumplí con los turnos programados por la líder. |
| 18 | Participar en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran | Participe en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran | Entrega de actas de las capacitaciones realizadas. |
| 19 | Participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos | Participe activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos | Bitacora de traslados de la movil asignada. |
| 20 | Mantener al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente | Mantuve al día los medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 21 | Verificar antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos | Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 22 | Hacer entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor | Realice la entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor | Registro de historia clínica con aello del medico que recibe en la unidad de destino |
| 23 | 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 con la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 24 | Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilice 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 |
| 25 | 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 | cumplí 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 |
| 26 | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |
| 27 | Realizar consulta, valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias. | Realizar consulta, valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias. | Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial. |

**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 pension., 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. 1.047.376.078 de CARTAGENA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ |
| CARGO: | DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 |
| FIRMA | |

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

**CUENTA DE COBRO No. 5**

**FECHA 30/06/2023**

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

**DEBE A:**

**FERNANDO JIMENEZ AGAMEZ**
**C.C. 1047376078**

**LA SUMA DE**

**CINCO MILLONES QUINIENTOS UN MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS ($5.501.652)**

Por concepto de **156 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 1453 2023**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **JUNIO DE 2023**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

**FERNANDO JIMENEZ AGAMEZ**
**C.C. 1047376078**
**CELULAR: 3165793761 DIRECCION: CL 25G # 85H 51**
**CUENTA DE AHORROS N° 002570079356 DE DAVIVIENDA**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1047376078 | FERNANDO JIMENEZ AGAMEZ | KRA 30 25A-77 | 3165793761 | feartrain86@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-05 | 2023-05 | I | 08/06/2023 | 68381922 | $817.600 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 351.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 351.200 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 449.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 449.500 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 16.900 | 0 | 0 | 16.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 351.200 | 351.200 |
| Pensión | 1 | 449.500 | 449.500 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 1 | 16.900 | 16.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 817.600 | 817.600 |

PAGADA

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