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 5431 2023 | C.D.P. No.: | 1329 |
| Proceso que pertenece: | MISIONAL | | |
| Servicio al que pertenece: | CONVENIO 2808992-2021 "API" | | |
| Unidad a la que pertenece: | UMHES SAN BLAS | | |
| Nombre del Contratista: | JUAN PABLO PINZON SANTOS | C.C. | 79.760.463 de: BOGOTA |
| Fecha Inicio: | 2023-05-18 | Fecha Terminación inicial: | 2023-10-31 |
| Valor Mensual: | $ 2.235.472 | Valor a cobrar: | $ 2.181.388 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 804.760 | 1735 | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 909.792 | $ 0 | 0 | N/A |
| 2 | MAYO 7% | $ 63.720 | $ 330.600 | 4498323872 | 09/06/2023 |
| 3 | JUNIO | $ 2.055.192 | $ 330.600 | 4498323872 | 09/06/2023 |
| 4 | JULIO | $ 2.163.360 | $ 330.600 | 4503560831 | 12/07/2023 |
| 5 | AGOSTO | $ 2.163.360 | $ 330.600 | 4508262802 | 08/08/2023 |
| 6 | SEPTIEMBRE | $ 2.181.388 | $ 330.600 | 4512158106 | 08/09/2023 |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 11.559.973 | $ 12.364.733 | $ 9.536.812 | $ 2.827.921 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA EL APOYO DE LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "API1"

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-09-01 Hasta: 2023-09-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Estar presente en el momento de las entrega y recibos 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 entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Hice reporte por medio insitucional |
| 2 | Prestar 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 | Preste los 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 | Atendi los casos asignados por el CRUE |
| 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 ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Atendi los casos asignados por el CRUE |
| 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 | Realice la limpieza y desinfeccion de la movil al dia |
| 5 | Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando 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. | Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando 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 cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional. | realice la verificacion de la movil antes de iniciar el turno |
| 6 | Portar 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 contratista 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 carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible |
| 7 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumpli 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 | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria | asiti a todos los casos asignados por el CRUE |
| 9 | Reporte de sucesos de seguridad | Reporté sucesos de seguridad | No aplica para el periodo certificadp |
| 10 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el | segui adecuadamente los protocolos institucionales |
| 11 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. | Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo | nmantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo |
| 12 | Atender las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el | Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de | cumpli con todo el reglamento para la correcta seguridad del paciente |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | Atender las indicaciones del lider de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define 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 móviles 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 | Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | aceote de manera oportuna los casos asignados por el CRUE |
| 14 | Aplicar las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Aplique las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Bitacora de entregas de turno y novedades del vehiculo |
| 15 | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución | asiti y `participe de las diferentes actividades programadas por el lider de la unidad funcional |
| 16 | Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el dia asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas. | Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | informe al lider sobre los diferentes desplazamientos de la ambulancia |
| 17 | Responder y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. | Respondi y asisti a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE | actas de asistencia y custodia por la coordinacion de la unidad funcional |
| 18 | Registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehiculo | Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehiculo | Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo |
| 19 | Verificación preoperacional del vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. | Verifique pre operacional del vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial | Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo |
| 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 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 2808992 - 2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. | Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 2808992 - 2021 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. | cumpli con las demas actividades requeridas para el convenio |

**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

Juan Pablo Pinzon
Firma del Contratista

C.C. 79,760,463 de BOGOTA

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1 | |
|---|---|
| NOMBRE: | DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA |
| CARGO: | ENFERMERA CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2 | |
|---|---|
| NOMBRE: | DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA |
| CARGO: | ENFERMERA CODIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

Cobro sep - 2023.

**CUENTA DE COBRO No. 6**

**FECHA 30/09/2023**

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

**DEBE A:**

**JUAN PABLO PINZON SANTOS**

**CC 79.760.463**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS**

**($ 2.181.388)**

Por concepto de **242 HORAS,** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 5431 2023,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente del mes de **SEPTIEMBRE DE 2023.**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA EL APOYO DE LA GESTIÓN PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

Cordialmente,

Juan pablo pinzon santos
**JUAN PABLO PINZON SANTOS**
**CC: 79.760.463**
**TELEFONO: 3154260525**
**DIRECCION: AC 48Q sur # 3-28 int 3 apto 101**
**N° CUENTA: 0550488440237276 CUENTA DE AHORROS DAMAS DAVIVIENDA**

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | 79709992 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL | | | JUAN PABLO PINZON BAPTISTA |
| DEPARTAMENTO/MUNICIPIO | BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO | BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN | CRA 96 NO 16H 98 | TELÉFONO | 3000000 |
| TIPO APORTANTE | 62-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | 1-INDEPENDIENTE |
| TIPO ESPECIAL | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA | Contratar el pre riesgo de cada profesional segun su |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES A SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA | 4312138186 | TIPO DE PLANILLA | | | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES / AÑO | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES / AÑO | | | | AÑO |
| DIAS DE MORA | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | | | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 INP | INSTITUCIONES | 1 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.000 | $ 0 | $ 140.000 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 140.000 | $ 0 | $ 140.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN VALOR APORTES | MORA COTIZACIÓN | MORA VALOR APORTES | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 EPS | EPS/EPSI/EOC | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 140.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 140.000 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | | | | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 140.000 |

Planilla Pagada

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| M | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO APORTANTE | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO SALUD | TIPO DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | VST | SUS | INC | ELP | ACIAN | No. DÍAS COTIZADOS | IBC | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS SUBSIS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS AFILIADO | APORTE A CUENTA DE AHORRO PENSIONAL EXCEDENTE | TOTAL APORTE | ACIAN | No. DÍAS COTIZADOS | IBC | COTIZACIÓN | VALOR APORTES | TOTAL APORTE | ACIAN | No. DÍAS COTIZADOS | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTES | TARIFA | IBC | ACIAN | CCF TOTAL APORTE | SENA % | SENA TOTAL APORTE | ICBF % | ICBF TOTAL APORTE | ESAP % | ESAP TOTAL APORTE | ESMA % | ESMA TOTAL APORTE |
| 1 | CC 79709992 | JUAN PABLO PINZON BAPTISTA | DEPENDIENTE | | | INTEGRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | 30/30 / FOR VSP | $ 140.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 140.000 | PENSIONADO EXCEPTUADO | 30/30 | $ 140.000 | $ 140.000 | $ 0 | $ 140.000 | | | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 |

| | |
|---|---|
| TOTAL | $ 330.600 |

Planilla Pagada




Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023(2).pdf | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 2023(2).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 7% 2023.pdf | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO MAYO 7% 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO JUNIO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023.pdf | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO JULIO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf | PS 5431 2023 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >