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 1364 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:** CRISTIAN ALEJANDRO ROJAS ROZO **C.C.** 1.013.680.406 **de:** BOGOTÁ D.C.

**Fecha Inicio:** 2023-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-20 **Valor Mensual:** $ 2.226.096 **Valor a cobrar:** $ 2.720.784

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 194.028 | 860 | 21/04/2023 | 20/05/2023 |
| 2 | $ 1.576.724 | 1064 | 21/05/2023 | 5/06/2023 |
| 3 | $ 803.868 | 1533 | 6/06/2023 | 5/07/2023 |
| 4 | $ 2.246.708 | 2061 | 6/07/2023 | 5/08/2023 |
| 5 | $ 1.916.916 | 2122 | 6/08/2023 | 20/08/2023 |
| 6 | $ 1.587.124 | 2375 | 21/08/2023 | 20/09/2023 |
| 7 | $ 535.912 | 2689 | 21/09/2023 | 10/10/2023 |
| 8 | $ 2.782.620 | 2784 | 11/10/2023 | 10/11/2023 |
| 9 | $ 2.782.620 | 0 | 11/11/2023 | 20/01/2024 |
| 10 | $ 2.720.784 | | | |
| 11 | $ 0 | | | |
| 12 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 113.460 | $ 305.000 | 64207712 | 27/12/2022 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.588.440 | $ 253.800 | 64903264 | 8/02/2023 |
| 3 | MARZO | $ 2.155.740 | $ 353.800 | 65630595 | 1/03/2023 |
| 4 | ABRIL | $ 2.102.424 | $ 353.800 | 66455284 | 12/04/2023 |
| 5 | MAYO | $ 2.102.424 | $ 356.500 | 67161384 | 9/05/2023 |
| 6 | JUNIO | $ 2.226.096 | $ 356.800 | 67931918 | 9/06/2023 |
| 7 | JULIO | $ 2.349.768 | $ 356.700 | 68703957 | 12/07/2023 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.349.768 | $ 357.200 | 69459979 | 10/08/2023 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 2.782.620 | $ 356.700 | 70234905 | 11/09/2023 |
| 10 | OCTUBRE | $ 2.782.620 | $ 359.000 | 71718975 | 17/10/2023 |
| 11 | NOVIEMBRE | $ 2.720.784 | $ 356.700 | 71798813 | 10/11/2023 |
| 12 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.126.840 | $ 23.274.144 | $ 23.274.144 | $ 0 |

## 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:** 2023-11-01 **Hasta:** 2023-11-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 entrega 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 según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del trasladó | Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del trasladó | 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 | Orienté 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 enfermería previniendo eventos inseguros en la prestación de servicios de salud | Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo eventos inseguros en la prestación de servicios de salud | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 5 | Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a mis pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a mis pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello | Historia clínica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 6 | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada | Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada | Historia clínica 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 asignadas durante el turno | Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignadas durante el turno | Bitacora de entrega la movil asignada |
| 9 | Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciado 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 clínicos en forma oportuna, diligenciado 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 clínica 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 entrega la movil asignada |
| 12 | Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Apliqué, acatí y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato | Bitacora de entrega la movil asignada |
| 13 | Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad | Contí 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 según patología del paciente | Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patología 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 | Reponé 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 líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Realicé el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados | Bitacora de entrega la movil asignada |
| 18 | Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal | Portí el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación 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 específicos a tener en caso de acuerdo a la situación clínica del paciente | Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en caso de acuerdo a la situación clínica del paciente | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 21 | Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes | Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes | Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 22 | Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio | Ejercí las actividades propias de la profesión 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 entrega la movil asignada |
| 24 | Conocer y cumplir la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o plance de mejoramiento | Cumplí la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o plance de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 25 | Utilizar el teléfono institucional para transitar dentro de la SISSCO, responder por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Utilizar el teléfono institucional para transitar dentro de la SISSCO, responder por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 26 | Conocer y cumple con las recomendaciones que la ARL Y/O Arss de Seguridad y Salud en el Trabajo recomiendan con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que le clasifique como riesgo 4 o 5 | Conocer y cumplí con las recomendaciones que la ARL Y/O Arss de Seguridad y Salud en el Trabajo recomiendan con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que le clasifique como riesgo 4 o 5 | Planilla de pago de aportes seciales |
| 27 | 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. | Actas de reuniones |

**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 unificada de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.013.680.406 **de** BOGOTÁ D.C.

| 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 CÓDIGO 243 GRADO 20 |
| FIRMA | |

**CUENTA DE COBRO No. 11**

**FECHA 30/11/2023**

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

**DEBE A:**

**CRISTIAN ALEJANDRO ROJAS ROZO**
**C.C. 1013680406**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS ($2.720.784)**

Por concepto de **264 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 1364 2023**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **NOVIEMBRE DE 2023**.

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,

**CRISTIAN ALEJANDRO ROJAS ROZO**
**C.C. 1013680406**
**CELULAR: 3107666193 DIRECCION: CALLE 58A # 49 - 09 SUR**
**CUENTA DE AHORROS N° 0570457370079834 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 | 1013680406 | CRISTIAN ALEJANDRO ROJAS ROZO | calle 58a #49a09 sur | 7153213 | alejandrorojas057.ar@gmail.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 | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 10/11/2023 | 71798813 | $356.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.200 | 0 | 146.200 | 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 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.500 | 0 | 187.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 23.200 | 8 | 200 | 23.400 | 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 | 145.000 | 146.200 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 187.100 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 1 | 23.200 | 23.400 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 353.800 | 356.700 |

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

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 | 1013680406 | CRISTIAN ALEJANDRO ROJAS ROZO | calle 58a #49a09 sur | 7153213 | alejandrorojas057.ar@gmail.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 | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 10/11/2023 | 71798813 | $356.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colegio | Bolígrafo | Estampas | Colores, colorear | Extranjero | IRP | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1013680406 | ROJAS ROZO CRISTIAN ALEJANDRO | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.160.000 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.160.000 | 145.000 | | 0 | | 0 | CCF22 | 1.160.000 | 23.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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