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 6889 2023 | **C.D.P. No.:** | 3617 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | CONVENIO 2808992-2021 "APII" |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SAN BLAS |

**Nombre del Contratista:** YEIMI CONSTANZA GUZMAN MOTTA **C.C.** 1.073.518.590 **de:** BOGOTA D.C

**Fecha Inicio:** 2023-11-24 **Fecha Terminación inicial:** 2023-12-31 **Valor Mensual:** $ 2.011.404 **Valor a cobrar:** $ 2.076.288

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 82.779 | | 1/12/2023 | 31/12/2023 |
| 2 | $ 6.421.040 | | | |
| 3 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 259.536 | N/A | N/A | N/A |
| 2 | DICIEMBRE | $ 2.465.592 | $ 88.400 | 73398888 | 20/12/2023 |
| 3 | ENERO | $ 2.076.288 | $ 330.600 | 74048614 | 18/01/2024 |
| 4 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.614.825 | $ 9.118.644 | $ 4.801.416 | $ 4.317.228 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APII"**

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2024-01-01 **Hasta:** 2024-01-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios como auxiliar de enfermeria para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | Presté los servicios como auxiliar de enfermeria para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | Atención de lo pacientes realizados bajos los estandares de calidad, historias clinicas en aplicativo netux. |
| 2 | 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 las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. | Preoperacional de entregas de turnos y novedades el vehiculo. |
| 3 | Garantizar el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clinica | Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clinica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia. | Bitacora de traslados, registro de historia clinicas en aplicativo netux |
| 4 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guias y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guias y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. | Bitacora de traslados, registro de historia clinicas |
| 5 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria | Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria | Registro de preoperacionales |
| 6 | Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la lider de la unidad funcional o con quien ella designe. | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la lider de la unidad funcional o con quien ella designe. | Manejo de tablet y celular institucional correctamente |
| 7 | Verificar el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificación por el CRUE. | Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificación por el CRUE. | Acta de verificacion |
| 8 | 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. | Porté 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. | Uso del carnet institucional |
| 9 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumpli de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplir manual de bioseguridad |
| 10 | Aplicación de listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehiculos de emergencia | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehiculos de emergencia | Planillas de limpieza y desinfección |
| 11 | Informe y registro oportuno de datos criticos | Informe y registre oportunamente los datos criticos | Historia Clinica en aplicativo netux |
| 12 | Reporte y registro de sucesos de seguridad. | Reporté y registre los sucesos de seguridad | No aplica en este periodo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | Adoptar los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | Adopté los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| 14 | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. | Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo | |
| 15 | Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades | Registro de historia clinicas |
| 16 | Garantizar la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado | Entrega de los equipos, soportes de las entradas al almacen de los equipos |
| 17 | Aplicar las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Apliqué las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Correcta ejecución de las actividades para la cual estoy contratado |
| 18 | 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 cuando fueron requeridos | Actas y links de asistencia custodiadas por la coordinacion de la unidad funcional |
| 19 | Controlar el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad | Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad | Planillas de entrega de elementos de protección personal |
| 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 | Tramité 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 | Entregue cuenta de cobro y planilla de pago de seguridad social, puntual y en la fecha establecida |
| 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. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato | Cumpli con las actividades designadas |

**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.

Yeimy Guzman

**Firma del Contratista**

**C.C.** **1.073.518.590** **de** **BOGOTÁ D.C**

| 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** | |

Enero 2024

**CUENTA DE COBRO No. 3**

**FECHA 31/01/2024**

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

**DEBE A:**

**YEIMI CONSTANZA GUZMAN MOTTA**
**CC 1.073.518.590**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS ($ 2.076.288)**

Por concepto de **192 HORAS,** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 6889 2023,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **ENERO DEL 2024**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA II DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 2808992-2021 "APH"**

Cordialmente,

Yeimi Guzman

**YEIMI CONSTANZA GUZMAN MOTTA**
**CC 1.073.518.590**
**TELÉFONO: 3001580154**
**DIRECCIÓN: CARRERA 35B NÚMERO 1C-42**
**N° CUENTA: 011338589 CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTÁ**

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 | 1073518590 | YEIMI CONSTANZA GUZMAN MOTTA | | KR 35B 1C 42 | 7777777 | yeimiguzman1023@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | NO |

| 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 | |
| 2023-12 | 2023-12 | I | 18/01/2024 | 74048614 | $330.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 145.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 145.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 185.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 185.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 145.000 |
| Pensión | 1 | 185.600 | 185.600 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 330.600 | 330.600 |

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

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 19:48:56
guzman motta

Busqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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 6889 2023 - CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf | PS 6889 2023 - CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 6889 2023 - CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf | PS 6889 2023 - CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >