

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3711 2024	C.D.P. No.:	632	Proceso que pertenece:	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	CONVENIO 2808992-2021 "APH"
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	JORGE EDUARDO CHAVES CASTILLO			C.C.	1.024.478.929
de:	BOGOTA				
Fecha Inicio:	2024-02-28	Fecha Terminación Inicial:	2024-03-31	Valor Mensual:	\$ 2.235.472
				Valor a cobrar:	\$ 2.163.360

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 1.492.718	1042	2024-03-18	2024-12-31
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	MARZO	\$ 2.163.360	\$ 371.900	74997214	13/03/2024
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					

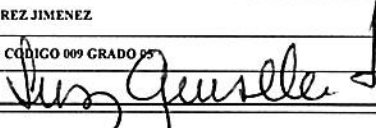
Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 2.906.114	\$ 4.398.832	\$ 2.163.360	\$ 2.235.472

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 "APH"

Relación de actividades para el periodo:		Desde:	2024-03-01	Hasta:	2024-03-31
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO			
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Estar presente en el momento de las entregas 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 institucional	
2	Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (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 logístico (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 desinfección de la móvil al día	
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	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		realice la verificación de la móvil 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 carnet 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 resolutive en la atención Pre Hospitalaria	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive 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 certificado	

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APDVO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 04 FECHA: 2024-02-22	
10	Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades		seguí 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		mantuve 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 desarrollo de las actividades.	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades		cumpli con todo el reglamento para la correcta seguridad del paciente	
13	Atender las indicaciones del líder 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	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		acepte de manera oportuna los casos asignados por el CRUE	
14	Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		Bitácora de entregas de turno y novedades del vehículo	
15	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución		así y participe de las diferentes actividades programadas por el líder 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 día 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 líder 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.	Respondí y asistí 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 coordinación 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 vehículo	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presente el vehículo		Bitácora de entrega de turno y novedades del vehículo	
19	Verificación preoperacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial		Bitácora de entrega de turno y novedades del vehículo	
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 demás actividades requeridas para el convenio	
Observaciones:					
Nota: La 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.					
			 Jorge Chavez Firma del Contratista		
			C.C. 1.024.478.929 de BOGOTÁ		
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO					
NOMBRE:		LUZ GUISELLE LINAREZ JIMENEZ			
CARGO:		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
FIRMA					

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA 31/03/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

JORGE EDUARDO CHAVES CASTILLO

CC: 1.024.478.929

LA SUMA DE

DOS MILLONES

DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS

(\$ 2.163.360)

Por concepto de **240 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 3711 2024, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **MARZO DE 2024**.

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,

Jorge Eduardo Chavez

JORGE EDUARDO CHAVES CASTILLO

CC 1.024.478.929

TELEFONO: 3125367625 DIRECCION CARRERA 48ª # 72C 24

CUENTA: 004800409940 DE AHORROS DAMA DAVIVIENDA

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1024478929	JORGE EDUARDO CHAVES CASTILLO	KRA 49 A 72 C 24 SUR	2003000	jorgeeduardo2319@hotmail.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 (DIAS ASES)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-02	2024-02	1	12/03/2024	74997214	\$371.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor		Valor Mora Cotización	Total a Pagar
EPS02	Salud Total EPS	800130907-4	182.500	0	0	0		900	183.100
								0	1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	4	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Mora Cotización	Valor Neto Cotización	Días Mora	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor			Valor Saldo a Favor	Total a Pagar
								Fondo Solidaridad	

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
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RPP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	182.500	183.100
Pensión	1	208.000	208.000
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	370.500	371.900

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PLANILLA			
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	745997214
			CANTIDAD	
			EMPLEADOS	UNC
			1	0
			TOTAL A PAGAR	
			\$371,980	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]