AP

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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 2790 2024 | **C.D.P. No.:** | 317 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | URGENCIAS |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | TRASLADOS SECUNDARIOS |

**Nombre del Contratista:** ARMANDO COLMENAREZ PEREZ **C.C.** 79.767.605 **de:** CAPARRAPI

**Fecha Inicio:** 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 2.182.560 **Valor a cobrar:** $ 2.073.432

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.291.688 | - | 2024-03-21 | 2024-04-20 |
| 2 | $ 2.455.380 | - | 2024-04-21 | 2024-05-20 |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 763.896 | $ 330.600 | 72918493 | 16/01/2024 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.073.432 | $ 377.600 | 74965703 | 23/02/2024 |
| 3 | MARZO | $ 2.291.688 | $ 371.900 | 74548421 | 8/03/2024 |
| 4 | ABRIL | $ 2.073.432 | $ 373.200 | 75173528 | 10/04/2024 |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.710.352 | $ 8.457.420 | $ 7.202.448 | $ 1.254.972 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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:** 2024-04-01 **Hasta:** 2024-04-30

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Dar al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Di buen uso propio de mi naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Conservar y mantener en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada | Conservé y manture en perfecta condición, estado de presentación y seguridad la móvil asignada | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 3 | Revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Revisé y cumplí los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 4 | Tener en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo y hacer buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la cindadanía | Tuve en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo e hice buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la cindadanía | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 5 | Informar y solicitar la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad | Informé y solicité la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tuve bajo mi responsabilidad | Registro de ingreso de la movil asignada al taller |
| 6 | Asistir y actualizar todos los cursos establecidos y sobcitados por el CRUE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD. | Asistí y actualicé todos los cursos establecidos y sobcitados por el CRUE | Certificaciones formales cargadas al secop |
| 7 | Reportar a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Reporté a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Cumplir con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 9 | Utilizar responsablemente las señales de emergencia: luces y sirena | Utilicé responsablemente las señales de emergencia, luces y sirena | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 10 | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato. | Realicé el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo | Informé con anticipación las situaciones para la provisión del respectivo reemplazo | Formatos de novedades de personal |
| 13 | Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual. | Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 14 | En caso de sufrir accidente de tránsito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO | Comuniqué inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO los accidentes de transito | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 15 | En caso de sufrir accidente o algún peatón cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo | Cumplí con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo accidente según protocolo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | 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 la política de seguridad del paciente, reporté el evento adverso e incidentes datos que sirvieron para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con la CRAU. | Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y me comuniqué con la CRAU | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 18 | Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. | Utilicé el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propendí por el adecuado uso y tuve cargado el equipo todo el tiempo | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 19 | En caso que la móvil sufra algún tipo de daño solicitar autorización a la líder de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred. | Solicité autorización a la líder de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred cuando la movil sufrió daños | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 20 | 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 | 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 | Planilla de pago de aportes sociales |
| 21 | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad entregar soporte de asistencial al supervisor de contrato. | Asistí a las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programaron desde la entidad | Listados de asistencia |
| 22 | Realizar revision preoperacional diariamente la movil y adherirse a la reglamentacion vigente en seguridad vial establecida por la subred | Realicé el preoperacional diariamente y me adheré a la reglamentación vigente de seguridad vial de la Subred. | Soportes preoperacionales |

**Observaciones:**

EL CONTRATISTA ESTA AFILIADO A LA ARL CON RIESGO 4

JV

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: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

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.

Armando Colmenares
**Firma del Contratista**

**C.C.** 79.767.605 **de** CAPARRAPI

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | LUZ GUISELLE LINARES JIMENEZ |
| **CARGO:** | DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 |
| **FIRMA** | Luz Guiselle L. |

**CUENTA DE COBRO No. 4**

**FECHA: 30 de abril de 2024**

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

**DEBE A:**

**ARMANDO COLMENAREZ PEREZ**
**C.C. No. 79.767.605**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS – ($2.073.432)**

Por concepto de **228 HORAS,** honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2790 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al **01 AL 30 DE ABRIL DE 2024.**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

Armando Colmenarez

**ARMANDO COLMENAREZ PEREZ**
**C.C. No. 79.767.605**
**Teléfono: 3212515533**
**DIRECCION: CALLE 68H 20A 19 SUR**
**N° DE CUENTA: 0550462300077957 CUENTA DE AHORROS 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 | 79787605-0 | ARMANDO COLMENAREZ PEREZ | CALLE 68# 20-22 S | 1234567 | armandocp1976@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 | |
| 2024-03 | 2024-03 | I | 10/04/2024 | 75173528 | $373.200 | |

## 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 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 8 | 1.200 | 0 | 163.700 | 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 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.500 | 0 | 209.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 162.500 | 163.700 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.500 |
| 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 | 373.200 |

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