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-1A-FT-014**
**VERSIÓN: 04**
**FECHA: 2024-02-22**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 4015 2024 | **C.D.P. No.:** | 1509 | **Proceso que pertenece:** | MISIONAL |
| | | | | **Servicio al que pertenece:** | CONVENIO 2808992-2021 "APH" |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | UMHES SAN BLAS |
| **Nombre del Contratista:** | ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS | **C.C.** | 1.016.073.556 | **de:** | BOGOTA D.C |
| **Fecha Inicio:** | 2024-05-03 | **Fecha Terminación inicial:** | 2024-05-31 | **Valor Mensual:** | $ 2.235.472 |
| **Valor a cobrar:** | $ 2.055.192 | | | | |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 2.091.248 | 1620 | 2024-05-17 | 2024-12-31 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |

| N° CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 2.055.192 | $370.900 | 76702059 | 16/05/2024 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 2.235.472 | $ 4.326.720 | $ 2.055.192 | $ 2.271.528 |

## 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:** 2024-05-01 **Hasta:** 2024-05-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|---|
| | | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
| 1 | 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 | Hice reporte 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 | Atendí 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 | Atendí 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 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. | Cumplí 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 cumplí con el porte de los elementos de identificación institucional. | 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 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 carnet institucional |
| 7 | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad | Cumplí lo contemplado en el manual de bioseguridad | Porte de manera adecuada el tapabocas y el lavcado 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 | Asisti a todos los casos asignados por el CRUE |
| 9 | Reporte de sucesos de seguridad | Reporté sucesos de seguridad | No Aplica |
| 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 | 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 humanizada mente 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. | Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. | Cumplí 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 | Atendí 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 | 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 | Bitacora de entregas de turnos y novedades del vehiculo |
| 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 | Asistì 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 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. | Revice 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. | 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. | 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 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 vehículo | Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehículo | Bitacora de entregas de turnos y novedades del vehiculo |
| 19 | Verificación preoperacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. | Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial | Bitacora de entregas de turnos 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 de 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. | Cumplí con las demás 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.

Romer Ardila

**Firma del Contratista**

C.C. 1.016.073.556 de BOGOTA D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **DORIS CECILIA VALDERRAMA MOSQUERA** |
| **CARGO:** | **ENFERMERA CODIGO 243 GRADO 20** |
| **FIRMA** | |

Cobro mayo 2024.

CUENTA DE COBRO No. 1

FECHA 31/05/2024

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

DEBE A:

**ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS**
**CC 1.016.073.556**

**LA SUMA DE**

**DOS MILLONES CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS ($ 2.055.192)**

Por concepto de **228 HORAS** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No **PS 4015 2024** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **MAYO DEL 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,

Romer Ardila

**ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS**
**CC 1.016.073.556**
**TELEFONO: 3184332381**
**N° CUENTA: 0550455400061715 CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

compensar | salud eps

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

Que el(la) señor(a) ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS identificado(a) con Cedula Ciudadania 1016073556, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20220816 | No Registrada |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Mayo de 2.024

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
25087384

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.073.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Mayo del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DAVIVIENDA

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **29/05/2024**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora ROMER ANGEL ARDILA CASTELLANOS** con **Cédula de Ciudadanía** número **1016073556**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550455400061715** |
| Fecha de apertura | **22/12/2021** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA