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 2911 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: JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA **C.C.** 1.015.418.912 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2024-01-21 **Fecha Terminación inicial:** 2024-03-20 **Valor Mensual:** $ 6.559.662 **Valor a cobrar:** $ 6.348.060

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 9.522.090	1030	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 9.522.090	1270	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 1.692.816	-	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 6.665.463	-	2024-07-01	2024-07-31
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	ENERO	$ 2.539.224	$ 752.200	74075382	19/01/2024
2	FEBRERO	$ 5.924.856	$ 770.900	74771816	14/02/2024
3	MARZO	$ 6.771.264	$ 768.700	75476186	11/03/2024
4	ABRIL	$ 5.078.448	$ 776.700	76261756	10/04/2024
5	MAYO	$ 6.665.463	$ 720.700	77066058	14/05/2024
6	JUNIO	$ 6.348.060	$ 768.900	77881266	13/06/2024
7	JULIO	$ 6.348.060	$ 734.100	78673272	12/07/2024
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
$ 13.119.324	$ 40.521.783	$ 39.675.375	$ 846.408

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-07-01 **Hasta:** 2024-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Realizar los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	Realice los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
4	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
6	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado	Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada	Historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.	Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumpli con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
10	Apoyar a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoye a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial
11	Realizar resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Realice resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
12	Apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda.	Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda	Entrega de actas de requerimientos y quejas.
13	Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados	Cumpli con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos.
14	Cumplir con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia	Cumpli con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
15	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
16	Portar el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa.
17	Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo.	Cumpli con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo	Cumpli con los turnos programados por la lider.
18	Participar en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.	Participe en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran	Entrega de actas de las capacitaciones realizadas.
19	Participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos.	Participe activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos	Bitacora de traslados de la movil asignada.
20	Mantener al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente.	Mantuve al día los medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente	Bitacora de traslados de la movil asignada
21	Verificar antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos.	Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Hacer entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor.	Realice la entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor	Registro de historia clínica con sello del medico que recibe en la unidad de destino

23	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	cumpli con la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento	Bitacora de traslados de la movil asignada
24	Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.	Utilice el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo	Bitacora de traslados de la movil asignada
25	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	Cumpli 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
26	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad entregar soporte de asistencia al supervisor .	Asirti a las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programaron desde la entidad	Lista de asistencia
27	Realizar seguimiento diario de medicamnetos de control y reportar falencias	Revisé a diario los medicamentos de control y se reportaron las falencias encontradas	Bitacora de traslados de la movil asignada

Observaciones:

EL CONTRATISTA ESTA AFILIADO A LA ARL CON RIESGO 4 - UHMES SAN BLAS

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.

Firma del Contratista

C.C. 1.015.418.912 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:	DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA	

AP

OK

CUENTA DE COBRO No. 7

FECHA: 31 de julio de 2024

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

DEBE A:

JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA
C.C. 1.015.418.912

LA SUMA DE

SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS - ($6.348.060)

Por concepto de **180 HORAS**, honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2911 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al **01 AL 31 DE JULIO DE 2024.**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA
C.C. 1015418912
CELULAR: 3214725419
DIRECCION: CARRERA 80 # 7D - 05
CUENTA DE AHORROS N° 451500181842 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	1015418912	JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA		transv 78b no 46 a 26 sur	6014570041	jhonatanev2205@hotmail.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	
2024-06	2024-06	I	12/07/2024	78673272	$734.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	320.000	0		0		0	8	2.000	0	322.000	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
230201	Proteccion (INC + Proteccion)	800229739-0	409.600	0	0	0	0	8	2.500	0	412.100	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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	320.000	322.000
Pensión	1	409.600	412.100
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	729.600	734.100

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