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 4005 2024	C.D.P. No.:	1503	Proceso que pertenece:	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	CONVENIO 2808992-2021 "APH"
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS
Nombre del Contratista:	DAVID ANDRES NAVARRETE BARON			C.C. 1.023.915.930	de: BOGOTA D.C
Fecha Inicio:	2024-05-03	Fecha Terminación inicial:	2024-05-31	Valor Mensual:	$ 6.706.230
				Valor a cobrar:	$ 6.489.900

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.004.210	1620	2024-05-17	2024-12-31
2				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MAYO	$ 3.461.280	N/A	N/A	N/A
2	JUNIO	$ 6.489.900	$ 45.460	77956239	17/06/24

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 6.706.230	$ 14.710.440	$ 9.951.180	$ 4.759.260

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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".

Relación de actividades para el periodo: Desde: 1/06/24 Hasta: 30/06/24

	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 entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes	Recibi y entregue turno dando las novedades a mis compañeros.
2	Participar en la actualización documental del servicio	Participe en la actualización documental del servicio	No aplica para este período de pagos
3	Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia.	Diligencie oportuno, completa y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).	Realice historias clinicas de los pacientes atendidos durante los traslados asiganados durante el mes, porel CRUE
4	Valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Valoré médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Valore y traslade a los pacientes según necesidad y autorizacion de ellos a los sitios asignados por el CRUE
5	Realización de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos.	Realice de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos.	Realice maniobras de reanimacion cardio pulmonar donde hubo caso.
6	Desarrollar las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas.	Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas	Desarrolle las actividades durante los turnos que se me fueron asignados según programacion entregada por el lider del convenio
7	Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne que lo acredita como colaborador 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 carne que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.	Porte decorosamente el carnet de la institucion, con buena presentacion personal para los servicios prestados.
8	Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad	Cumpli con lo establecido en el manual de bioseguridad para prestar un excelente servicio.
9	Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención médica Pre Hospitalaria	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención médica Pre Hospitalaria	Atendi oportunamente a los pacientes dando una atencion digna y un buen trato velando por la oprtunidad de una buena atencion pre hospitalaria.
10	Informe y registro oportuno de datos críticos	Informé y registre oportunamente datos críticos	Informe datos necesarios criticos de cada traslado si fue necesaria
11	Reporte y registro de sucesos de seguridad	Reporté y registre los sucesos de seguridad	Reporte donde hubo lugar de sucesos de seguridad en cada turno.
12	Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades	Diligencie los formatos que me fueron asignados según instrucciones dadas en protocolos y instructivos dados por la red centro oriente
13	Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo	Trate dignamente y humana a los pacientes trasladados y a sus familiares.
14	Cumplir con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al 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	Registre todos los procedimientos y procesos realizados a cada paciente, guardando silencio y confidencialidad de cada traslado.
15	Responder oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE	Realice desplazamientos con la tripulacion asiganada a cada caso entregado por el CRUE.
16	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	Aplique con calidad cada procedimiento realizado en los traslados para el sistema de gestion de calidad.
17	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos	Asisti a las capacitaciones dadas por parte del convenio y la institucion.

18	Registrar todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin	Registre e informe todos los desplazamientos asignados por el CRUE oportunamente en las historias clinicas y se informo al ente pertinente
19	Capturar los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas	Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas	Realice toma de imagen del documento de identidad de cada paciente atendido para una buena facturacion y datos necesarios.
20	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 asisti 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	Asisti a cada citacion puesta por parte de la secretaria de salud para ser verificado según las necesidades para brindar un buen servicio.
21	Uso adecuado, racionalización y registro de insumos y/o medicamentos controlados o no	Use adecuadamente, racionalizacionalice y registre los insumos y/o medicamentos controlados o no	Use adecuadamente los insumos suministrados por la subred para el servicio y registre el uso de medicamentos de control
22	Diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF	Diligencie clara y oportunamente los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF	Diligencie los formatos de certificados de defuncion en los traslados que fueron necesarios.
23	Registro adecuado y oportuno de kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos	Registre adecuada y oportunamente el kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos	Registre y verifique el inventario en la unidad móvil se verifican medicamentos de control especial y se realiza su registro en el libro asignado.
24	Verificación pre operacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico	Verifique pre operacionalmente el equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico	Verifique y se realiza prueba de todos los equipos biomedicos que se encuentran a bordo de la ambulancia duante la entrega de turno.
25	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	Tramite mi cuenta de cobro del mes de junio adjuntando los formatos establecidos por el convenio y en las fechas estipuladas por la subred centro oriente
26	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato	Cumplí 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.

David Navarrete
Firma del Contratista

C.C. 1.023.915.930 de BOGOTÁ D.C

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

Cobro junio 2024.

CUENTA DE COBRO No. 2

FECHA 08/07/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

DAVID ANDRES NAVARRETE BARON
CC 1.023.915.930

LA SUMA DE

SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS

($ 6.489.900)

Por concepto de **180 HORAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 4005 2024,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **JUNIO DE 2024**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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,

David Navarrete

DAVID ANDRES NAVARRETE BARON
CC 1.023.915.930
TELÉFONO: 3143516065
N° CUENTA 0550488442068695 CUENTA DE AHORROS BANCO 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	1023915930	DAVID ANDRES NAVARRETE BARON	Calle 87 # 95 H 06 Int 102	4687615	dnavarrete@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77956239	$497.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.000	0		0		0	5	800	0	200.800	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 (ING + Proteccion)	800229739-0	256.000	0	0	0	0	5	1.100	0	257.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.000				39.000	5	200	39.200			390	39.200	1

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	200.000	200.800
Pensión	1	256.000	257.100
Riesgos Laborales	1	39.000	39.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	495.000	497.100

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

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

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? Si No

identificación de pago	numero 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 4005 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	PS 4005 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >