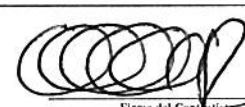


 <div>Ministerio de Salud y Protección Social Centro Oriente E.S.E.</div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO		CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSION: 04 FECHA: 2024-02-22																																																																																																																																																
I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																																																																																																				
No. CONTRATO - OPS:		PS 2833 2024	C.D.P. No.:	317	Proceso que pertenece:																																																																																																																																															
					URGENCIAS																																																																																																																																															
					Unidad a la que pertenece:																																																																																																																																															
					UMIBS SAN ILAS																																																																																																																																															
Nombre del Contratista:		GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELIEZ		C.C.:	52.704.052																																																																																																																																															
				de:	BOGOTÁ DC																																																																																																																																															
Fecha Inicio:		2024-01-21	Fecha Terminación inicial:	2024-03-20	Valor Mensual:																																																																																																																																															
					\$ 1.916.916																																																																																																																																															
				Valor a cobrar:	\$ 1.360.392																																																																																																																																															
<table><tr><th>ADICIÓN/ OTRO SI</th><th>VALOR ADICIÓN</th><th>CDP</th><th>FECHA DE INICIO</th><th>FECHA DE TERMINACIÓN</th><th>Nº CTA</th><th>MES DE CUENTA DE COBRO</th><th>VALOR A PAGAR</th><th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th><th>NÚMERO DE PLANILLA</th><th>FECHA DE PAGO PLANILLA</th></tr><tr><td>1</td><td>\$ 2.782.620</td><td></td><td>2024-01-21</td><td>2024-04-20</td><td>1</td><td>ENERO</td><td>\$ 618.360</td><td>\$ 354.600</td><td>9461021126</td><td>17/01/2024</td></tr><tr><td>2</td><td>\$ 2.102.421</td><td></td><td>2024-04-20</td><td>2024-04-20</td><td>2</td><td>FEBRERO</td><td>\$ 1.855.080</td><td>\$ 399.400</td><td>9462140742</td><td>21/02/2024</td></tr><tr><td>3</td><td>\$ 1.298.556</td><td></td><td>2024-05-20</td><td>2024-06-30</td><td>3</td><td>MARZO</td><td>\$ 1.731.408</td><td>\$ 396.500</td><td>9463490582</td><td>11/03/2024</td></tr><tr><td>4</td><td>\$ 1.978.752</td><td></td><td>2024-07-01</td><td>2024-07-31</td><td>4</td><td>ABRIL</td><td>\$ 1.855.080</td><td>\$ 398.000</td><td>9464863870</td><td>15/04/2024</td></tr><tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>5</td><td>MAYO</td><td>\$ 1.978.752</td><td>\$ 397.000</td><td>9466281723</td><td>16/05/2024</td></tr><tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>6</td><td>JUNIO</td><td>\$ 1.731.408</td><td>\$ 396.500</td><td>9467674995</td><td>17/06/2024</td></tr><tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>7</td><td>JULIO</td><td>\$ 1.360.392</td><td>\$ 396.500</td><td>9469129014</td><td>11/06/2024</td></tr><tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA	1	\$ 2.782.620		2024-01-21	2024-04-20	1	ENERO	\$ 618.360	\$ 354.600	9461021126	17/01/2024	2	\$ 2.102.421		2024-04-20	2024-04-20	2	FEBRERO	\$ 1.855.080	\$ 399.400	9462140742	21/02/2024	3	\$ 1.298.556		2024-05-20	2024-06-30	3	MARZO	\$ 1.731.408	\$ 396.500	9463490582	11/03/2024	4	\$ 1.978.752		2024-07-01	2024-07-31	4	ABRIL	\$ 1.855.080	\$ 398.000	9464863870	15/04/2024	5					5	MAYO	\$ 1.978.752	\$ 397.000	9466281723	16/05/2024	6					6	JUNIO	\$ 1.731.408	\$ 396.500	9467674995	17/06/2024	7					7	JULIO	\$ 1.360.392	\$ 396.500	9469129014	11/06/2024	8					8						9					9						10					10						11					11						12					12					
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA																																																																																																																																										
1	\$ 2.782.620		2024-01-21	2024-04-20	1	ENERO	\$ 618.360	\$ 354.600	9461021126	17/01/2024																																																																																																																																										
2	\$ 2.102.421		2024-04-20	2024-04-20	2	FEBRERO	\$ 1.855.080	\$ 399.400	9462140742	21/02/2024																																																																																																																																										
3	\$ 1.298.556		2024-05-20	2024-06-30	3	MARZO	\$ 1.731.408	\$ 396.500	9463490582	11/03/2024																																																																																																																																										
4	\$ 1.978.752		2024-07-01	2024-07-31	4	ABRIL	\$ 1.855.080	\$ 398.000	9464863870	15/04/2024																																																																																																																																										
5					5	MAYO	\$ 1.978.752	\$ 397.000	9466281723	16/05/2024																																																																																																																																										
6					6	JUNIO	\$ 1.731.408	\$ 396.500	9467674995	17/06/2024																																																																																																																																										
7					7	JULIO	\$ 1.360.392	\$ 396.500	9469129014	11/06/2024																																																																																																																																										
8					8																																																																																																																																															
9					9																																																																																																																																															
10					10																																																																																																																																															
11					11																																																																																																																																															
12					12																																																																																																																																															
Resumen de contrato		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																																																																																															
		\$ 3.833.832	\$ 3.833.832	\$ 11.130.480	\$ 865.701																																																																																																																																															
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																																				
OBJETO DEL CONTRATO																																																																																																																																																				
PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES 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)		DESCRIPCION DEL DESARROLLO																																																																																																																																																		
		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA																																																																																																																																																
1	Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad	Recibo y entregué turno de acuerdo a los protocolos de la entidad		Hito para de entregas la movil asignada																																																																																																																																																
2	Controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado	Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
3	Orientar a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento	Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
4	Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
5	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a mis pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello		Historia clínica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial																																																																																																																																																
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada		Historia clínica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial																																																																																																																																																
7	Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
8	Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno	Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno		Hito para de entregas la movil asignada																																																																																																																																																
9	Realizar registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995 1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente	Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995 1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente		Historia clínica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial																																																																																																																																																
10	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
11	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil	Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil		Hito para de entregas la movil asignada																																																																																																																																																
12	Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato	Aplicué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato		Hito para de entregas la movil asignada																																																																																																																																																
13	Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad	Conté con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad		Actas de capacitación del mes cobrado																																																																																																																																																
14	Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente	Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente		Hito para de entregas la movil asignada / Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
15	Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado	Repecé en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
16	Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino	Recibí y entregué al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino		Hito para de traslados de la movil asignada																																																																																																																																																
17	Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados	Realicé el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados		Hito para de entregas la movil asignada																																																																																																																																																
18	Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal	Porté el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal		Ningún llamado de atención por presentación personal																																																																																																																																																
Observaciones: 132 HORAS																																																																																																																																																				
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.																																																																																																																																																				
<div> Firma del Contratista</div> <div>C.C. 52.704.052 de BOGOTÁ DC</div>																																																																																																																																																				
VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO																																																																																																																																																				
NOMBRE:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO																																																																																																																																																		
CARGO:		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																																																																																																																																																		
FIRMA:																																																																																																																																																				

CUENTA DE COBRO No 07

FECHA: 31-07-24

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

DEBE A:

**GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
CC 52704052**

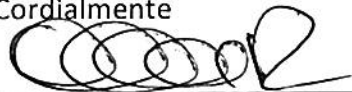
LA SUMA DE

**UN MILLON TRESCIENTOS SESENTA TRESCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS
(\$1.360.392)**

Por concepto de **132 HORAS**, honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2823 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **JULIO 2024**.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente



**GINNA ANDREA RODRIGUEZ TELLEZ
CC 52704052**

3005091962

TRANSVERSAL 78 #40F-63 SUR

N° DE CUENTA: 000570089433. CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Secursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5170-0022		RODRIGUEZ TELLEZ GINA ANDREA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	TV 7344-43 5	BOGOTÁ, BOGOTÁ D.E.	0000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clase	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Período Salud	Pago	Planilla	Planilla	1	2024/01/11	NEQUI	3394,500
2024-02	5041-42200	9451400582					

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Secursal PRINCIPAL (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$0	\$0			\$0	\$0	
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliado)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC 5170-0022	RODRIGUEZ GINA ANDREA	25-14	33	\$1,300,000	\$208,000		EP-0002	30	\$1,300,000	\$162,500			\$26,000		0	\$0	\$0			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$0	\$0			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 33734022		RODRIGUEZ TELLEZ GINNA ANDELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 73440-433	BOGOTA TOCOTA D.E	0000000		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	Salud	Pago	9451490582	1	2024/03/13	2024/03/11	NEQUI	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
COLPENSIONES	25-14	900.336.CC4	7	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
COLSUBSIDIO	CCF72	860.007.336	1	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800.130.907	4	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$396,500	\$0	\$0	\$396,500