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

o. CONTRATO - OPS:	PS 2469 2024	**C.D.P. No.:**	280
Proceso que pertenece:	MISIONAL		
Servicio al que pertenece:	HOSPITALIZACION		
Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL		
Nombre del Contratista:	DAVID STIVEN BARRIGA VEGA	**C.C.**	1,023,011,007 **de:** BOGOTA
a Inicio:	2024-01-21	**Fecha Terminación inicial:**	2024-03-20
Valor Mensual:	$ 1,746,048	**Valor a cobrar:**	$ 2,091,880

DICIÓN/ TRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1,955,380	945	2024-03-21	2024-04-20
2	$ 3,100,884	1269	2024-04-21	2024-05-20
3	$ 2,728,200	1614	2024-05-21	2024-06-20
4	$ 2,382,628	2202	2024-07-01	2024-07-31
5	$ 6,638,620	2614	2024-08-01	2024-10-31
6	$ 311,220	2786	2024-08-01	2024-10-31
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	$ 818,460	$ 363,200	73897092	16/01/2024
2	FEBRERO	$ 1,582,356	$ 408,900	74853777	20/02/2024
3	MARZO	$ 2,127,996	$ 404,700	75452814	11/03/2024
4	ABRIL	$ 2,182,560	$ 405,200	76273920	11/04/2024
5	MAYO	$ 2,291,688	$ 405,900	77060298	14/05/2024
6	JUNIO	$ 2,291,688	$ 404,900	7790410	13/06/2024
7	JULIO	$ 2,291,688	$ 406,600	78710556	17/07/2024
8	AGOSTO	$ 2,091,880	$ 405,400	79430832	12/08/2024
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

sumen de ontrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3,492,096	$ 20,609,028	$ 15,678,316	$ 4,930,712

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

OBJETO DEL CONTRATO

STAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE JD CENTRO ORIENTE E.S.E

ción de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-08-01 **Hasta:** 2024-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
	Recibir y entregar turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe	registro actividades pendientes en planilla camillero diario
	Traslado de los pacientes a los servicios, verificando la disponibilidad de la cama, seguridad e integridad del paciente (barandas arriba, oxigeno, protegiendo al paciente del frio, y cuidado de su intimidad) y demás reglamentación establecida por la Entidad.	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente en el mes AGOSTOdel 2024	Cumple con el formato
	Trasladar las muestras biológicas al laboratorio clínico, de forma oportuna.	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad en el mes de AGOSTOdel 2024	Cumple con formato de actividades de camillero
	Usar los elementos de bioseguridad en el traslado de muestras y procedimientos.	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad en el mes de AGOSTO del 2024	cumple con la utilizacion de los elementos de bioseguridad
	Tramitar la facturación de órdenes de servicio en forma oportuna (laboratorios, ecografías, rayos X	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de AGOSTO de 2024	Verificar hoja ruta camillero
	Trasladar los equipos e insumos a los servicios, velando por la integridad y seguridad de los mismos.	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura	libro de novedades
7	Responder por el inventario que se le ha asignado, utilizando adecuadamente los equipos y elementos suministrados para llevar a cabo su actividad.	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las activiades programadas para el mes de AGOSTO de 2024	cumple con el invemntario asignado
8	Realizar la desinfección de los equipos asignados, de acuerdo al protocolo.	Se realizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas para el mes de AGOSTO de 2024	formato de registro limpieza y desinfeccion
9	Asumir de forma responsable y respetuosa la atención al paciente y compañeros del servicio.	Para el mes de AGOSTOde 2024 se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo	seguimiento supervision
10	Conservar, mantener y garantizar la reserva legal de la Historia Clínica.	Se gcumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad en el mes de AGOSTO de 2024	historia clinica en fisico
11	Asistir a las reuniones del grupo funcional y capacitaciones programadas por la entidad, de conformidad con sus actividades	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes de AGOSTO de 2024	formato de asistencia a capacitaciones
12	Mantener reserva de la información que le sea suministrada en desarrollo de su servicio y de todos aquellos propios del mismo.	las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion	cumple con las actividades programadas

Informar daños de equipos o accidentes ocurridos durante el traslado de pacientes.	para el mes de AGOSTO se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas	libro de inventarios en los servicios
Informar oportunamente al referente del proceso inconveniente que se presenten con pacientes, muestras y equipos	Durante el mes de AGOSTO de 2024, se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo	programa de humanizacion
Trasladar los pacientes fallecidos a la morgue y ubicarlos en la nevera destinada para tal fin.	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido	cumple con formato de actividades de camillero
Realizar traslado de los pacientes a los diferentes exámenes y valoraciones requeridas, en forma oportuna y segura, de conformidad con las necesidades del servicio.	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura en el mes de AGOSTO de 2024	cumple con formato de actividades de camillero
Tramitar oportunamente las ordenes de exámenes especiales emitidas como tac, ecografias, ecocardiogramas, endoscopias	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico en el mes de AGOSTO de 2024	cumple con formato de actividades de camillero
Dar cumplimiento a guías y protocolos establecidos por la Entidad.	Las actividades programadas para el mes de AGOSTO de 2024 se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales	cumple con formato de actividades de camillero
Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes de AGOSTO del 2024	cumple con el programa de humanizacion
Participar en las actividades de código rojo, código azul, y aplicación de las guías y protocolos de gestión de hemo componentes	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales	participar en los codigos según necesidad
Realizar la entrega de sus actividades al finalizar las mismas	Se realizaron los registro de las activiades de la Hoja de ruta del camillero	verificar hoja ruta camillero
Ejercer las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.	Se ejecutaron las actividades programadas para el mes de AGOSTO de acuerdo a las competencias	registro actividades planilla camillero diario
Realizar el uso de uniforme de acuerdo al protocolo institucional.	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes de AGOSTO de 2024	Seguimiento supervisión
cumplir con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta.	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta.	registro actividades planilla camillero diario
apoyar actividades cuando se genera plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).	registro actividades planilla camillero diario
Portar el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred	Seguimiento supervisión
Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .	Seguimiento supervisión

rvaciones:

: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de ación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la ementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto) de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1,023,011,007 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	NATALY DUQUE SALAZAR
CARGO:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20
FIRMA	

V.o.B

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	1023011007	DAVID STIVEN BARRIGA VEGA		Carrera 14#74b-75sur	6019297331	dastiven162@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79430832	$405.400

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	10	1.300	0	163.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	10	1.600	0	209.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	10	300	32.000			317	32.000	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	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	163.800
Pensión	1	208.000	209.600
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	405.400

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO No. 08-2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
NIT 900.959.051-7

DEBE A

DAVID STIVEN BARRIGA VEGA
C.C. 1023011007 DE BOGOTA D.C

LA SUMA DE:

(2.091,880) DOS MILLONES NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE+

Por concepto de: 217 HORAS **Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No.** PS **2469 2024, con afiliación ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de** AGOSTO **de 2024.**

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. DEL 01/08/2024 AL 31/08/2024

David B.

DAVID STIVEN BARRIGA VEGA
C.C. 1.023.011.007 DE BOGOTÁ
Cel: 3122493114
Dir: CARRERA 14 T # 74B- 75 SUR
Cuenta: 0820326080 Banco: BBVA
31 DE AGOSTO 2024