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

CÓDIGO AP-GCT-F-014

APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN

FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

VERSIÓN: 04

FECHA: 2024-03-21

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - PS 2911 **C.D.P. No.:** 317 **OPS:** 2024	**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:** $ 6.277.526

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	1619	2024-05-21	2024-06-30
4	$ 6.665.463	2200	2024-07-01	2024-07-31
5	$ 20.736.996	2598	2024-08-01	2024-10-31
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	AGOSTO	$ 6.630.196	$ 768.700	79409346	12/08/2024
9	SEPTIEMBRE	$ 6.277.526	$ 773.900	[illegible]	9/10/2024 - 17/09/2024
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	$ 61.258.779	$ 52.583.097	$ 8.675.682

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 DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED

Relación de actividades para el period	Desde: 2024-09-01	Hasta: 2024-09-30	

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
		ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica
2	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones que surjan durante el traslado	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica
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 clinica en el aplicativo Dinamica
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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida	Registro de historia clinica en el
6	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar	Historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial
7	Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada	Historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial
8	Informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles	Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica

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 política 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 .	Asistí 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	

CUENTA DE COBRO No. 9

FECHA: 30 de septiembre 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 DOSCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS - ($6.277.526)

Por concepto de 178 HORAS, honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 2911 2024, con afiliación a ARL RIESGO 4 correspondiente al 01 AL 30 DE SEPTIEMBRE 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	jhonatanav2205@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	
2024-08	2024-08	I	10/09/2024	80158871	$768.000	

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					
EPS009	Compensar EPS	860066942-7	335.400	0		0		0	6	1.500	0	336.900	1

TOTALES PENSION												
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	429.200	0	0	0	0	6	1.900	0	431.100	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	335.400	336.900
Pensión	1	429.200	431.100
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	764.600	768.000

EPS 1650
Pen 2250

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

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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-08	2024-08	I	10/09/2024	80158871	$768,000

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. solidario	Suspensión	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1015418912	ENRIQUEZ PINEDA JOHNATTAN	3	0			N																	230201	2,662,500	426,200	0	0	0	0	EPS008	2,662,500	335,400		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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	
80158871	10/09/2024				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-08	2024-08	N	17/09/2024	80273434	TOTAL A PAGAR	
					$5.900	

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	2.500	0		0		0	13	100	0	2.600	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	3.200	0	0	0	0	13	100	0	3.300	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	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	2.500	2.600
Pensión	1	3.200	3.300
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	5.700	5.900

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

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
80158871	10/09/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	N	17/09/2024	80273434	$5.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1015418912	ENRIQUEZ PINEDA JOHNATTAN	3	0			N																	230201	2.702.500	432.400	0	0	0	0	EPS008	2.702.500	337.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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