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 4810 2024	**C.D.P. No.:**	2873	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	HOSITAL SAN BLAS

Nombre del Contratista: ALEJANDRO MEJIA GOMEZ **C.C.** 79.697.620 **de:** BOGOTA D.C.

Fecha Inicio: 2024-08-30 **Fecha Terminación inicial:** 2024-10-31 **Valor Mensual:** $ 3.005.100 **Valor a cobrar:** $ 1.869.840

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	SEPTIEMBRE	$ 1.869.840	NUEVO	NUEVO	NUEVO
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.210.540	$ 6.210.540	$ 1.869.840	$ 4.340.700

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 EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	Libro de novedades de traslados de la movil asignada
2	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.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
3	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.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
4	4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
5	5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
6	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.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
7	7. Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
8	8. Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
9	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	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada

10	10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
11	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 móvil.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
12	12. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
13	13. Contar con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad. 14. Realizar la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
14	15. Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
15	16. Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
16	17. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
17	18. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
18	19. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
19	20. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
20	21. Mantener la reserva de la información clinica y personal de los pacientes	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
21	22. 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.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
22	23. Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
23	24. 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.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
24	25. Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	bitacoras de traslados de la movil asignada
25	26. Conocer y cumplir con las recomendaciones que la ARL Y/O Area de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	acta de asistencia
26	27. Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.	DURANTE EL PERIODO SE DIO CUMPLIMIENTO ACORDE AL LINEAMIENTO	acta de asistencia

Observaciones: SE REALIZAN 168 HORAS UNIDAD 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.

Camilo Mejia Cortes

Firma del Contratista

C.C. 79.697.620 **de** **BOGOTA D.C.**

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**
CARGO:	**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No 01

FECHA: 30/09/2024

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

DEBE A:

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ

C.C.79697620

LA SUMA DE VALOR DE

UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/TE ($1.869.840)

Por concepto de **168 HORAS,** honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 4810 2024** , con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE DE 2024.**

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

Cordialmente,

ALEJANDRO MEJIA GOMEZ
C.C.79697620
CELULAR 3142127853
N° DE CUENTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA # 0570004870188762

EPS Sanitas

Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 – 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79697620
NOMBRES Y APELLIDOS	Mejia Gomez,Alejandro
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Pensionado Por Sobrevivencia O
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/09/2015
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Mejia Gomez,Alejandro , a los 14 días del mes de julio del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALEJANDRO MEJIA GOMEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79697620,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de julio de 2024.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 03 FECHA: 2023-03-17

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE: Positiva
NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION: Positiva
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA	79697620
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

Alejandro		Mejía	Gómez
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

02-11-1973	Bogotá	Cll 39A - 3A-13 sur
DD/MM/AA Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

Sanitas	Colpensiones	$ 2'100.000
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de Enfermería APH	alejomgomez73@Hotmail.com	3142127853
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **16/07/2024**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor ALEJANDRO MEJIA GOMEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **79697620**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570004870188762**
Fecha de apertura	**30/09/2002**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA