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 4663 2024 **C.D.P. No.:** 3008

**Proceso que pertenece:** MISIONAL
**Servicio al que pertenece:** CONVENIO 6677277-2024"APH"
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SAN BLAS

**Nombre del Contratista:** JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ **C.C.** 79.923.879 **de:** BOGOTA D.C.

**Fecha Inicio:** 2024-08-27 **Fecha Terminación Inicial:** 2024-09-30 **Valor Mensual:** $ 2.235.472 **Valor a cobrar:** $ 1.081.680

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 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 | AGOSTO | $ 324.504 | $ 370.500 | 1065270779 | 12/08/2024 |
| 2 | SEPTIEMBRE | $ 1.081.680 | $ 370.500 | 1065838665 | 9/09/2024 |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 2.682.566 | $ 2.682.566 | $ 1.406.184 | $ 1.276.382 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E., CONVENIO 6677277-2024"APH"**

**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 | Estar presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto | Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes | Hice reporte por medio insitucional |
| 2 | Prestar servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente | Atendi los casos asignado por el crue |
| 3 | Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Atendi los casos asignado por el crue |
| 4 | Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes | Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes | Realice la limpieza y desinfeccion de la movil al dia |
| 5 | Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional. | Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional. | Realice la verificacion nde la movil antes de iniciar el turno |
| 6 | Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible |
| 7 | Garantizar el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad | Porte de manera adecuada el tababocas y el lavado de manos constamente |
| 8 | Velar por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria | Asisti a todos los casos asignado por el Crue |
| 9 | Reportar los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales. | Reporté sucesos de seguridad | No aplica para el periodo certificado |
| 10 | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades | Segui adecuadamente los protocolos institucionales |
| 11 | Dar trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. | Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo | Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y con mi grupo de trabajo |
| 12 | Atender las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. | Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades | Cumpli con todo el reglamento para la correcta seguridad del paciente |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **13** | Atender las indicaciones del lider de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria,siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado | Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Acepte de manera oportuna los casos asignados por el centro reculador de urgencias y emergencias |
| **14** | Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | Aplique las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| **15** | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución | Asistí y participe de las diferentes actividades programada por el l'der de la unidad funcional |
| **16** | Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas. | Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE | Informe al lider sobre los diferentes desplazamientos de la ambulancia |
| **17** | 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. | Respondi y asistí 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 | Actas de asistencia y custodia por la coordinacion de la unidad funcional |
| **18** | Realizar el registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. | Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehiculo | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| **19** | Efectuar el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial. | Verifique pre operacional del vehiculo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial | Bitacora de entregas de turnos y novedades el vehiculo |
| **20** | Participar en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. | Durante el periodo certificado no se realizaron capacitaciones de seguridad vial | no aplica |
| **21** | 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. | Tramite 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 | Entrega cuenta de cobro |
| **22** | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato | Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 - 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. | Cumpli con las demás actividades requeridas para el convenio |

**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.

John Herrera
**Firma del Contratista**

**C.C.** 79.923.879 **de** BOGOTA D.C.

| **VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO** | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** |
| **CARGO:** | **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** |
| **FIRMA** | |

Maritza Cárdenas
Enfermera Jefe

**CUENTA DE COBRO 002 - 2024**

# SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Nit. 900.959.051.7**

**DEBE A:**

**JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ**
**CC 79. 923.879 de Bogotá D.C.**

**LA SUMA DE**

**UN MILLON OCHENTA Y UN MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS**

**($ 1.081.680)**

Por concepto de **120 horas,** Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 4663 2024,** con afiliación a **ARL RIESGO 4** correspondiente al periodo del **01 al 30 de SEPTIEMBRE DE 2024.**

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024"APH".**

Cordialmente,

John Herrera

**JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ**
**CC 79.923.879 de Bogotá D.C.**
**TELEFONO: 3123374312**
**DIRECCION: KR 74 I 57 Z 29 SUR**
**CORREO ELECTRONICO: johnalexherrera@hotmail.com**
**N° CUENTA: 0570004870384890 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**FECHA 30/09/2024**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-09-09, 09:47:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065838665

**Periodo Cotización:** agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8845073400

## PAGADO 09/09/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ | | |
| **Documento** | CC79923879 | **Dirección** | CR 74BIS #57 J - 29 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3123374312 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 79923879 | JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0.000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 | $ 0 | $ 370.500 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.