



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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO  
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 01  
FECHA: 2017-07-07

### 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:

PS 4286-202

C.D.P. No.:

1227

Proceso al que pertenece:

SERVICIOS DE SALUD DE URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN BAJA COMPLEJIDAD

Unidad a la que pertenece:

APH/ CONDUCTOR DE AMBULANCIA

Nombre del Contratista:

CARDENAS RODRIGUEZ LUIS EDGAR

C.C. 79.117.151

de: BOGOTA

Fecha Inicio:

Fecha Terminación inicial:

2020-07-31

Valor Mensual:

Valor a cobrar:

\$ 1.802.304

| ADICIÓN/<br>OTRO SI | VALOR<br>ADICIÓN | CDP  | FECHA DE<br>INICIO | FECHA DE<br>TERMINACIÓN |
|---------------------|------------------|------|--------------------|-------------------------|
| 1                   | \$ 2.918.016     | 1960 | 2020-08-01         | 2020-08-31              |
| 2                   | \$ 1.983.504     | 2703 | 2020-09-01         | 2020-09-30              |
| 3                   | \$ 3.198.960     |      | 2020-10-01         | 2020-10-31              |
| 4                   |                  |      |                    |                         |
| 5                   |                  |      |                    |                         |
| 6                   |                  |      |                    |                         |
| 7                   |                  |      |                    |                         |
| 8                   |                  |      |                    |                         |
| 9                   |                  |      |                    |                         |
| 10                  |                  |      |                    |                         |
| 11                  |                  |      |                    |                         |
| 12                  |                  |      |                    |                         |
| 13                  |                  |      |                    |                         |
| 14                  |                  |      |                    |                         |
| 15                  |                  |      |                    |                         |
| 16                  |                  |      |                    |                         |
| 17                  |                  |      |                    |                         |
| 18                  |                  |      |                    |                         |
| 19                  |                  |      |                    |                         |
| 20                  |                  |      |                    |                         |
| 21                  |                  |      |                    |                         |
| 22                  |                  |      |                    |                         |

| Nº<br>CTA | MES DE<br>CUENTA DE<br>COBRO | VALOR A<br>PAGAR | VALOR PAGO<br>SEGURIDAD<br>SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|-----------|------------------------------|------------------|-----------------------------------|--------------------|
| 1         | MAYO                         | \$ 1.459.008     | \$ 136.200                        | 7751549384         |
| 2         | JUNIO                        | \$ 1.716.480     | \$ 250.300                        | 7755186731         |
| 3         | JULIO                        | \$ 1.802.304     | \$ 250.300                        | 7758057770         |
| 4         | AGOSTO 1-14                  | \$ 858.240       | \$ 250.300                        | 7761069992         |
| 5         | AGOSTO 15-31                 | \$ 1.254.000     | \$ 250.300                        | 7761069992         |
| 6         | SEPTIEMBRE                   | \$ 2.280.000     | \$ 250.300                        | 7763563560         |
| 7         | OCTUBRE                      | \$ 1.802.304     | \$ 250.300                        | 7767060296         |
| 8         |                              |                  |                                   |                    |
| 9         |                              |                  |                                   |                    |
| 10        |                              |                  |                                   |                    |
| 11        |                              |                  |                                   |                    |
| 12        |                              |                  |                                   |                    |
| 13        |                              |                  |                                   |                    |
| 14        |                              |                  |                                   |                    |
| 15        |                              |                  |                                   |                    |
| 16        |                              |                  |                                   |                    |
| 17        |                              |                  |                                   |                    |
| 18        |                              |                  |                                   |                    |
| 19        |                              |                  |                                   |                    |
| 20        |                              |                  |                                   |                    |
| 21        |                              |                  |                                   |                    |
| 22        |                              |                  |                                   |                    |

Resumen de  
contrato

VALOR  
INICIAL DEL  
\$ 4.119.552

VALOR TOTAL  
DEL CONTRATO  
\$ 12.220.032

PAGOS  
REALIZADOS  
\$ 11.172.336

SALDO DEL CONTRATO  
\$ 1.047.696

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

#### OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE CONDUCTOR, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo:

Desde: 2020-10-01

Hasta: 2020-10-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO<br>ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 VER DOCUMENTO ADJUNTO                                    | VER DOCUMENTO ADJUNTO                                                                                                |
| 2                                                          |                                                                                                                      |
| 3                                                          |                                                                                                                      |
| 4                                                          |                                                                                                                      |
| 5                                                          |                                                                                                                      |
| 6                                                          |                                                                                                                      |
| 7                                                          |                                                                                                                      |
| 8                                                          |                                                                                                                      |
| 9                                                          |                                                                                                                      |
| 10                                                         |                                                                                                                      |
| 11                                                         |                                                                                                                      |
| 12                                                         |                                                                                                                      |

Observaciones:

PLANILLA No. : 7763563560

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C.

79.117.151

de

BOGOTA

#### VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:

LUZ GUISELLE LINARES

CARGO:

DIRECTOR TÉCNICO DE URGENCIAS

FIRMA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                               |                               |                      |                                                               | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                           |                |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------|---------------------------|----------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                        | 79117191                      | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:                                     | NÚMERO PLANILLA:               | 7767060296 | TIPO DE PLANILLA:         | INDEPENDIENTES |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                      | LUIS EDGAR CARDENAS RODRIGUEZ | DEPARTAMENTO:        | MES                                                           | PERIODO COTIZACIÓN SALUD:      | 2020       | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | 2020           |
| Ciudad/Municipio:                                                           | BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL     | CLASE APORTANTE:     | CLASE APORTANTE:                                              | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/10/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      | 76778868       |
| TIPO EMPRESA:                                                               | PRIVADA                       | ACTIVIDAD ECONOMICA: | ACTIVIDADES REGULADAS Y REGULADORAS DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA |                                |            |                           |                |
| TIPO AUTORIZACIÓN:                                                          | UNICO                         |                      |                                                               |                                |            |                           |                |
| APORTANTE CONDENADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E ICBF (REG-FORMA TRIBUTARIA). |                               |                      |                                                               |                                |            |                           |                |
| NO                                                                          |                               |                      |                                                               |                                |            |                           |                |

[illegible]

| ADMINISTRADORA |                    |                |                            |       |                           |       |               |       |            | TOTAL APORTES A SALUD |         |            |           |              |            |
|----------------|--------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------------|-------|---------------|-------|------------|-----------------------|---------|------------|-----------|--------------|------------|
| CÓDIGO         | NOMBRE             | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |       | LICENCIA MATERNO INFANTIL |       | SALDO A FAVOR |       | MORA       |                       | TOTALES |            |           |              |            |
|                |                    |                | NÚMERO AUTORIZACIÓN        | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN       | VALOR | PLAZILLA      | VALOR | COTIZACIÓN | UPC                   | APORTES | MORA       | DESCUENTO | VALOR PAGADO |            |
| EP5005         | EP5005-SANTAS S.A. | 1              |                            | \$ 0  |                           |       | \$ 0          |       | \$ 0       |                       | \$ 0    | \$ 109.800 | \$ 0      | \$ 0         | \$ 109.800 |
| SUB-TOTALES:   |                    |                |                            | \$ 0  |                           |       | \$ 0          |       | \$ 0       |                       | \$ 0    | \$ 109.800 | \$ 0      | \$ 0         | \$ 109.800 |

[illegible]

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>\$ 250,300</b> |
|--------------|-------------------|

**ACTIVIDADES Y PRODUCTIVIDAD**  
**FECHA 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2020**

| #  | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                               | CUMPLIMIENTO % |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1  | Dar al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia                                                                                                                                                                                        |                |
| 2  | Conservar y mantener en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada                                                                                                                                                                                       | 100%           |
| 3  | Revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato                                                                                                                                                                            | 100%           |
| 4  | Tener en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo y hacer buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía | 100%           |
| 5  | Informar y solicitar la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad                                                                                                                                                         | 100%           |
| 6  | Asistir y actualizar todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD.                                                                                                                                                        | 100%           |
| 7  | Reportar a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU                                                                         | 100%           |
| 8  | Cumplir con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo                                                                                                                 | 100%           |
| 9  | Utilizar responsablemente las señales de emergencia: luces y sirena                                                                                                                                                                                                                       | 100%           |
| 10 | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios                                                                                                                                                                                              | 100%           |
| 11 | Realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato.                                                                                                                                                                                | 100%           |
| 12 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo                                                                                                                                                                    | 100%           |
| 13 | Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.                                                                                                                                                                                              | 100%           |
| 14 | En caso de sufrir accidente de tránsito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO                                                                                                                                                                                            | 100%           |
| 15 | En caso de sufrir accidente a algún peatón cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo.                                                                                                                                                         | 100%           |
| 16 | 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                                                                                                           | 100%           |
| 17 | Usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con la CRAU.                                                                                                                                                                                                                   | 100%           |
| 18 | Utilizar el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.                                                                                                                                             | 100%           |
| 19 | En caso que la móvil sufra algún tipo de daño solicitar autorización a la líder de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la subred.                                                                                                                               | 100%           |
| 20 | cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riesgo 4.                                                                                                                                                                                                                    | 100%           |
|    | <b>TOTAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>100%</b>    |

FIRMA SUPERVISOR: \_\_\_\_\_

FIRMA CONTRATISTA: \_\_\_\_\_