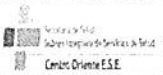
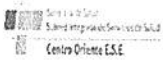


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y JOSÉ ALEJANDRO GONZÁLEZ CIFUENTES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.023.022.776 /			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6672727-2024 "APH".				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4644 2024	FECHA INICIO CONTRATO		27/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.413.685	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.347.228	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.076.288		
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	40463	Nº CDP:	3807
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.933.543	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	CRP DE LA ADICIÓN:	43376
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:				
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)				
1	Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente				
2	Realice las entregas y recibos de turno de manera presencial				
3	Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia.				
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria.				
5	Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria				
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades.				
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.				
8	Porte 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.				
9	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad				
10	Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia				
11	Informe y registre oportunamente los datos críticos				
12	Reporté y registre los sucesos de seguridad				
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades				
14	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo				
15	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades				
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado				
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional				
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos				
19	Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad				
20	Tramité 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", para el pago de sus respectivos honorarios				
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	80791683	OPERADOR:	MIPLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR EPS	17/10/2024	\$	162.500	
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	\$	208.000	
RIESGOS LABORALES:					
OTRO					
TOTAL PAGADO			\$ 370.500		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scopp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.					
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato) Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
JOSE ALEJANDRO GONZÁLEZ CIFUENTES C.C: 1023022776 Cel: 3156800477					

<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16 </div> </div>					
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ALEJANDRO GONZALEZ CIFUENTES		CC:	1023021776	
CORREO ELECTRÓNICO:	jgalejandrogonzalez@gmail.com		RUT (NIT):	1023022776-6	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3F 543 61 SUR		TELÉFONO:	3155800477	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tengo costos y deducciones			(N)		
SI tengo costos y deducciones			()		
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y					
Regimen Simple De Tributación: RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	04528567016
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4644 2024	N° CDP:	3461	N° RP:	43376
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DÍAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 4.347.228
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	<div> \$ </div> <div> DOS MILLONES SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE </div>				
<div>  </div> <div> JOSE ALEJANDRO GONZALEZ CIFUENTES C.C: 1023021776 Cel: 3155800477 </div>					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOSE ALEJANDRO GONZALEZ CIFUENTES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.022.776		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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".			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4644 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				27/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S		2.413.685	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 4.347.228		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: S 2.076.288	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(3 de 3)		Nº CRP INICIAL: 40463	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3007	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		80791683		OPERADOR: MIPLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		S 1.933.543		ADICION (1) PRORROGA (1)	
		CDP DE LA ADICIÓN: 3461		RP DE LA ADICIÓN: 43376	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGADO: TREINTA Y UN (31) DIAS	
		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGADO:	
		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		S -		TIEMPO PRORROGADO:	
		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM		CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		SI NO	
1		¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		X	
2		¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descuentos del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		X	
3		¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		X	
4		¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		X	
5		¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/10/2024) AL (31/10/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA			

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023022776	JOSE ALEJANDRO GONZALEZ CIFUENTES	Cra 31 54g 61 sur	5681189	josealejandroph@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	2024-09	PERIODO PENSIONES	2024-09		TOTAL A PAGAR
				80791683	\$370.500

DETALLE POR COTIZANTE																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD		RESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	CC	No. de identificación	Apellidos y Nombres		Confianza	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero
1	CC	1023022776	GONZALEZ CIFUENTES JOSE ALEJANDRO		3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Poverri	80022406-8	208.009	0	0	0	0	0	0		208.000	1

[illegible]

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRD y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162,500	162,500
Pension	1	208,000	208,000
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	370,500	370,500

10:58

4G+ 71



serviciopse@ac...

Ayer



para mí ▾



¡Hola, José Alejandro González Cifuentes!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada ✓

CUS: 987897482

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 370.500

Fecha de Transacción: 17/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ❑ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ❑ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos
- ❑ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_



Responder



