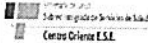
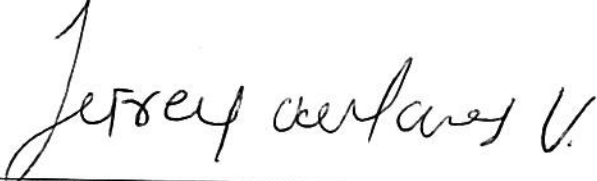
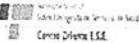


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.024.600.737		
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 667727-2024 "APH".				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:	PS 4639 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:	\$	4.996.068	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.946.520
N° DE INFORME:	3		N° CRP:	40458	N° CDP:
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					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.582.383	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	CRP DE LA ADICIÓN:	43371
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿FACILITÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
N° 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, 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	Cumpli 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	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que me acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
9	Cumpli 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	Cumpli 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 aseguradora.				
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 "Formatos Cuenta de cobro Contrato de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión", "Certificado de pago de Aportes Sociales", para el pago de los respectivos honorarios.				
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que son inherentes con el objeto del contrato.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	30930280		OPERADOR:	ASOPAGOS S.A.	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	17/10/2024	\$ 163.500		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/10/2024	\$ 209.200		
RIESGOS LABORALES:					
OTRO					
TOTAL PAGADO			\$ 372.700		
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 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el DSC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rat)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scorp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.					
4.- Que manifiesto los impuestos a que estoy obligado a pagar, por cuenta del señalado contrato.					
VILANENOR					
(Cuando se registra como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA					
C.C: 1024600737					
Cel: 3132908684					

		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		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA		CC:	1024600737	
CORREO ELECTRÓNICO:	jefrywilchesvillanueva@gmail.com		RUT (NIT):	1024600737-2	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 62G 74 34 SUR		TELÉFONO:	3132908684	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones			(X)		
SI tomaré 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					
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	055004800432702
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4639 2024	Nº CDP:	3461	Nº. RP:	43371
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$4.996.068
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)	S 1.946.520				
UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
					
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA C.C: 1024600737 Cel: 3132908684					

 <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN </div>		CÓDIGO: AP-LA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.024.600.737	
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 4639 2024	FECHA INICIO CONTRATO	27/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.413.685		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.996.068	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.946.520
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(3 de 3)	Nº CRP INICIAL:	40458
		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:	30930280	OPERADOR:	ASOPAGOS S.A.
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):	ADICION (1) PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.582.383	CDP DE LA ADICIÓN: 3461	RP DE LA ADICIÓN: 43371
		TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		
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 descontados 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 clausula "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	

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1024600737 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Periodo pensión:	2024-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	8	208.000	1.200	209.200
Periodo salud:	2024-09	EPS005	800251440	SANITAS	1	8	162.500	1.000	163.500
Planilla Nro.:	30930280 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	8	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	8	0	0	0
Fecha transacción:	2024-10-17	PASENA	899999034	SENA	0	8	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	8	0	0	0
Transacción:	987887630	PAESAP	899999054	ESAP	0	8	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	8	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 372.700	