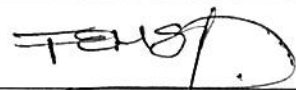
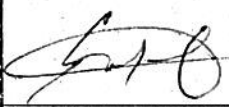
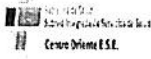


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.915.429.407			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		(PS 5024/2024)		FECHA INICIO CONTRATO	16/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		4.507.650,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.811.560,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.869.840,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(3)		Nº CRP INICIAL:	42615	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2874	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES Y 15 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		(Nº 1067280388)		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		1	1	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.303.910	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	47221	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A		
IV. VERIFICACIÓN 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	
<p>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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)</p>						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
		 JOHAN JAIRO RODRIGUEZ ARON PROFESIONAL UNIVERSITARIO				
		 Johan Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S				

 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	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO	CC:	1015429407
CORREO ELECTRÓNICO:	jbonsebastian@msd.com	RUT (NIT):	N/A
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 93B 34 SUR 15	T. LÉFONO:	350336855
		CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
Sí 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 5 del artículo 1.2.4.1.6.7			
Régimen 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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	0579001970416205
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5024 2024	Nº CDP:	3753
		Nº RP:	47221
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 3 MESES Y 15 DÍAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	5		
	UN MIL OCHO CIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHO CIENTOS CUARENTA PESOS		
 JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO C.C 1015429407 cel: 3505336855			

<div>  <div> 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 </div> </div>				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					
JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.015.429.407	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5024 2024		FECHA INICIO CONTRATO	16/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.507.650	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UNO (1) MES QUINCE (15) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	6.811.560	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.869.840	
Nº DE INFORME:	Nº3		Nº CRP:	42615	Nº CDP: 2874
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y QUINCE (15) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.303.910	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	47221
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
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)					
ITEM					
1	1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad				
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.				
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.				
4	4. Realizar actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.				
5	5. Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.				
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.				
7	7. Realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados				
8	8. Mantener limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno.				
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				
10	10. Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.				

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
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.
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.
14	14. Reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	15. Recibir y entregar al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	16. Realizar el control de líquidos administrados y eliminados registrando en forma oportuna y adecuada los resultados.
17	17. Portar el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal.
18	18. Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
19	19. Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.
20	20. 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.
21	21. Recibir y entregar el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad.
22	22. 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
23	23. Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
24	24. 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.
25	25. Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.

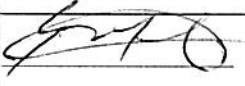
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1067280388/	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	12/11/2024	\$	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/11/2024	\$	208.000
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 370.500

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 cargue en el aplicativo secop 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



JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO
CC: 1015429407
CEL:3505336855

PAGADA 2024-11-12

I. DATOS DEL APORTANTE				
Razón Social	JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO			
Documento	CC 1015429407	Dirección	CR 93B SUR #34 - 15 TORRE 2 APTO 1002	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3505336855	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal		Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO		Apellidos y Nombres			
Documento	CC 1015429407	Residente	Exonerado	N	Código Ciudad - Departamento
Tipo Colizante	03 00				11001000 - 11
		MARENTES TRIVIÑO JOAN SEBASTIAN			
		BOGOTÁ D.C.			

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:																															
Novedades										Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales	

