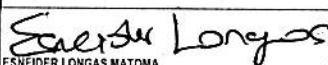
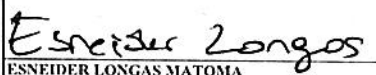
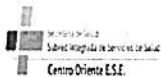
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ESNEIDER LONGAS MATOMA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.022.435.403		
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 6677277-2024 "API".			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4708 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:		\$ 7.396.776		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.914.078	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP: 40490	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS		Nº CDP: 3007	
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:		2		2	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.387.731		TIEMPO PRORROGADO: TREINTA Y UN (31) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.595.360		TIEMPO PRORROGADO: UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		X		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
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	Porté 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", "formato en Word de cuenta de cobro", 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:		1067367924		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR EPS		19/11/2024	
PENSIÓN:		PORVENIR		19/11/2024	
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 calculó 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 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, afil, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scocp 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					
 ESNEIDER LONGAS MATOMA C.C: 1022435403 Cel: 3164926431					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION 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: 30/11/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ESNEIDER LONGAS MATOMA			CC:		1022435403
CORREO ELECTRÓNICO:		sneider.316.longas@gmail.com			RUT (NIT):		1022435403-3
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 15B 4C 40			TELÉFONO:		3164926431
					CIUDAD:		SOACHA (CUNDINAMARCA)
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 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							0550488415485520
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 4708 2024	Nº CDP:	3765	Nº. RP:	47140	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		8/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 7396776
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 1.914.078					
		UN MILLON NOVECIENTOS CATORCE MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE					
 ESNEIDER LONGAS MATOMA C.C: 1022435403 Cel: 3164926431							



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

ESNEIDER LONGAS MATOMA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.022.435.403

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 "APII".

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES
No.

PS 4708 2024

FECHA INICIO CONTRATO

27/08/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

2.413.685

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

7.396.776

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.914.078

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(4 de 4)

Nº CRP
INICIAL:

40490

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3007

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1067367924

OPERADOR:

SIMPLE

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APII"

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:

2

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (2)

PRORROGA (2)

VALOR ADICIONADO

\$ 2.387.731

CDP DE LA
ADICIÓN:

3461

RP DE LA
ADICIÓN:

43427

TIEMPO
PRORROGADO:

TREINTA Y UN (31) DIAS

VALOR ADICIONADO

\$ 2.595.360

CDP DE LA
ADICIÓN:

3765

RP DE LA
ADICIÓN:

47140

TIEMPO
PRORROGADO:

UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS

VALOR ADICIONADO

\$

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

VALOR ADICIONADO

\$

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE PÓLIZA:

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 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 cláusula "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)

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 FOTIA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARITZA CARDENAS PALOMINO
PERFIL: ENFERMERA



PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-19, 04:13:41 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: octubre de 2024 Período Servicio: octubre de 2024 Referencia pago (PIN): 8810824374

PAGADO 19/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESNEIDER LONGAS MATOMA
Documento	CC1022435403
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	RET	TAE	TDP	TAS	COR	SLN	LOE	LMA	VAC	OT	IAS AFP	IAS AFP	IAS CCF	Administradores	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradores	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Minutaria	Total	
CC 1022435403	ESNEIDER LONGAS MATOMA	03	00											0	30	30	0	0	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS2177) PAKESANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	0.000	\$ 0	\$ 0	(INHUCCI) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 372.500

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, Saludos 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	\$ 3.800	\$ 374.300

