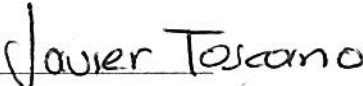
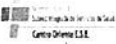
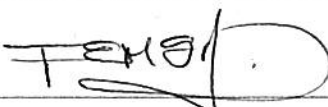
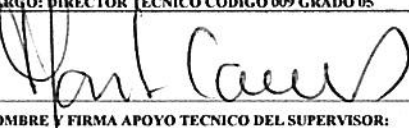


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y NELSON JAVIER TOSCANO AVILA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.807.577		
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 "APIH".					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4709 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				26/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONT	\$	2.413.685	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y CINCO (05) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.007.472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.946.520
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	40449	Nº CDP:	3007
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y TRECE (13) 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:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	1.998.427	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	CRP DE LA ADICIÓN:
				43428	TIEMPO PRORROGADO:
					TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$	2.595.360	CDP DE LA ADICIÓN:	3765	CRP DE LA ADICIÓN:
				47141	TIEMPO PRORROGADO:
					UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	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)					
ITE					
M					
1	Se realizó la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
2	Garantiza la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.				
3	Se garantizó el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.				
4	Se brindó 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 Pre hospitalaria.				
5	Se presentó cumplimiento en el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de +1440 147 +1440 144 novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.				
6	Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.				
7	Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.				
8	Se garantizó el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
9	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizó el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
10	Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente.				
11	Se realizó el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil.				
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa.				
13	En la prestación del servicio se adaptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.				
14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.				
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.				
17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.				

18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
21	Se realizaron las actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 "APII" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	1067168815
OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	FAMISANAR EPS
PENSIÓN:	PORVENIR
RIESGOS LABORALES:	
OTRO	
FECHA DE PAGO	4/11/2024
VALOR PAGADO	\$ 162.500
	\$ 208.000
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 ibe 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, rta) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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	
	
NELSON JAVIER TOSCANO AVILA CC:79807577 CEL:3112805530	

		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	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELSON JAVIER TOSCANO AVILA			CC:	79807577
CORREO ELECTRÓNICO:	javiertoscanaavila@hotmail.com			RUT (NIT):	79807577-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50 SUR 28 94			TELÉFONO:	3112805530
				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 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			Nº CUENTA:	007079414137
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4709 2024	Nº CDP:	3765	Nº. RP:	47141
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y TRECE (13) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	8/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$7.007.472
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)	\$ 1.946.520				
	UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
<div> NELSON JAVIER TOSCANO AVILA CC: 79807577 CEL: 3112805530</div>					

<div>  <div> <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</div> <div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div> </div> </div> <div> <div>CODIGO: AP-IA-FT-078</div> <div>VERSION: 2</div> </div>	
<div>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</div> <div> <div>NOMBRE DEL CONTRATISTA</div> <div>NELSON JAVIER TOSCANO AVILA</div> </div>	
<div> <div>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</div> <div>79.807.577</div> </div>	
<div>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</div>	
<div>OBJETO DEL CONTRATO:</div>	<div>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".</div>
<div>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</div>	<div>PS 4709 2024</div>
<div>FECHA INICIO CONTRATO</div>	<div>26/08/2024</div>
<div>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</div>	<div>\$ 2.413.685,00</div>
<div>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</div>	<div>\$ 7.007.472,00</div>
<div>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</div>	<div>\$ 1.946.520,00</div>
<div>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</div>	<div>4 DE 4</div>
<div>Nº CRP INICIAL:</div>	<div>40449</div>
<div>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</div>	<div>3007</div>
<div>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</div>	<div>TRES (03) MESES Y TRECE (13) DIAS</div>
<div>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</div>	<div>1067168815</div>
<div>OPERADOR:</div>	<div>SIMPLE</div>
<div>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</div>	<div>DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"</div>
<div>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</div>	<div>3BL HOSPITAL SAN BLAS</div>
<div>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</div>	<div>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</div>
<div>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</div>	
<div>Nº DE MODIFICACIÓN:</div>	<div>2</div>
<div>TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):</div>	<div>ADICION (2)</div>
<div>PRORROGA (2)</div>	<div>TREINTA Y UN (31) DIAS</div>
<div>VALOR ADICIONADO</div>	<div>\$ 1.998.427</div>
<div>CDP DE LA ADICIÓN:</div>	<div>3461</div>
<div>RP DE LA ADICIÓN:</div>	<div>43428</div>
<div>VALOR ADICIONADO</div>	<div>\$ 2.595.360</div>
<div>CDP DE LA ADICIÓN:</div>	<div>3765</div>
<div>RP DE LA ADICIÓN:</div>	<div>47141</div>
<div>TIEMPO PRORROGADO:</div>	<div>UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS</div>
<div>III. POLIZAS (SI APLICA)</div>	
<div>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</div>	<div>SI</div>
<div>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</div>	<div>NO</div>
<div>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</div>	<div>X</div>
<div>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</div>	
<div>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</div>	
<div>ITEM</div>	<div>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</div>
<div>SI</div>	<div>NO</div>
<div>1</div>	<div>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</div>
<div>X</div>	
<div>2</div>	<div>¿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?</div>
<div>X</div>	
<div>3</div>	<div>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</div>
<div>X</div>	
<div>4</div>	<div>¿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?</div>
<div>X</div>	
<div>5</div>	<div>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</div>
<div>X</div>	
<div>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</div>	
<div>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</div>	<div> <div>  </div> <div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</div> <div>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</div> <div>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</div> </div> </div>
	<div> <div>  </div> <div> <div>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</div> <div>MARITZA CARDENAS PALOMINO</div> <div>PERFIL: ENFERMERA</div> </div> </div>



PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-05, 04:40:18 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: octubre de 2024 Período Servicio: octubre de 2024 Referencia pago (PIN): 8864731550

PAGADO 04/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NELSON JAVIER TOSCANO AVILA		
Documento	CC79807577	Dirección	CL 50 SUR #28 - 94
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112805530
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal	Identificación		
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales			Total	
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Salicio Cotizante	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes SEMA	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Minuto/a	Total
CC 79807577	NELSON JAVIER TOSCANO AVILA	03	00														\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPSE)17 FAMILIAR EPS		\$ 1.300.000		0,200	\$ 0	\$ 0	(INIA-CC) NIQUIMA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 370.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sema	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas 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	\$ 0	\$ 0	\$ 370.500



TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8864731550

Periodo de cotización

202410

Numero aprobación (CUS)

1027438317

Banco

BANCO DAVIVIENDA

Valor pagado

\$ 370.500

Fecha de pago

2024-11-04 20:27:00.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

[Descargar Comprobante](#)

NUEVO PAGO