Secretaría de Salud 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 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

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.012.409.402

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 4711 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**28/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.413.685**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN (01) MES Y TRES (03) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 6.877.704**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.557.216**
N° DE INFORME:	**4**	**N° CRP:**	**40568**	**N° CDP:**	**3007**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.868.659**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43429	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 2.595.360**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47142	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ 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 PERIODO, 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	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) 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	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 criticos
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 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.

No. DE PLANILLA:	**9475814924**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**NUEVA EPS**	**12/01/2024**	**$ 163.400**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**12/11/2024**	**$ 209.100**
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	**COLSUBSIDIO**	**12/11/2024**	**$ 26.200**
	TOTAL PAGADO		**$ 398.700**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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 período correspondiente

Oscar Mendieta

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO
C.C: 1024600737
Cel: 3132908684

Secretaría de Salud 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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO	**CC:**	1012409402
		RUT (NIT):	1012409402-1
CORREO ELECTRÓNICO:	ossck-mend@live.com	**TELÉFONO:**	3132908684
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65G BIS A 77H 46 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570006680539951**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 4711 2024**	**N° CDP:**	**3765**	**N°. RP:**	**47142**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y ONCE (11) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**28/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**8/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $6.877.704**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.557.216**
	UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS DIECISÉIS PESOS					

Oscar Mendieta

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO
C.C: 1012409402
Cel: 3132908684

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 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	**OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.012.409.402**

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 4711 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**28/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO					2.413.685,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.877.704,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.557.216,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 4)	**N° CRP INICIAL:**	40568	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3007
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475814924		**OPERADOR:**		APORTES EN LINEA
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

N° DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION (2)		PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 1.868.659	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43429	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.595.360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**RP DE LA ADICIÓN:**	47142	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° 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 (01/11/2024) 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 FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARITZA CARDENAS PALOMINO** **PERFIL: ENFERMERA**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012409402		MENDIETA LOZANO OSCAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65 g bis a no 77 h sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1045174417	9475814924	I	2024/11/05	2024/11/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$398,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$200	$0	$26,200
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$26,000	$200	$0	$26,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				**1**	**$396,500**	**$2,200**	**$0**	**$398,700**

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012409402		MENDIETA LOZANO OSCAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65 g bis a no 77 h sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777801	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1045174417	9475814924	I	2024/11/05	2024/11/12	BANCO DAVIVIENDA	7	$398,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
1	CC 1012409402	MENDIETA OSCAR	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF22	30	$1,300,000	$26,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0

Scanned with CamScanner

aportesenlinea.com

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Modulo de pagos electronicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP	191.95.52.3
Estado de la transaccion	APROBADA
Clave planilla	9475814924
Valor	398.700
Periodo de pago	2024-10
No Transaccion (CUS)	1045174417
Fecha	2024/11/12
Banco	BANCO DAVIVIENDA
Aportes en linea	9999001472382

Aceptar

Imprimir