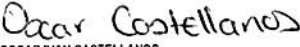
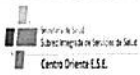
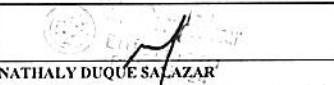
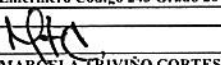


<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p> </div> </div>							
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
OSCAR IVAN CASTELLANOS							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:						1.013.583.639	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 5047 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
						19/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	2.591.232		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DOCE (12) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	6.587.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.850.880
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	42652	Nº CDP:	3033
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MES Y 12 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	\$ 3.996.288	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	CRP DE LA ADICIÓN:	46715	TIEMPO PRORROGA DO:	DOS (02) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (\$I APLICABLE)							
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
1	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe, se realizaron: 192 Horas para el mes de NOVIEMBRE 2024						
2	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oportuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente						
3	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad						
4	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad						
5	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico						
6	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura						
7	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las activiades programadas en el mes						
8	Se realizo el proceso de limpieza y desinfeccion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes						
9	Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo						
10	Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad						
11	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes						
12	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencialidad de la informacion						
13	Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas						
14	Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo						
15	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido						
16	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura						
17	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico						
18	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales						
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes						
20	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuesta directricez institucionales						
21	Se realizaron los registro de las activiades de la Hoja de ruta del camillero						
22	Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias						
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes						
24	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta						
25	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).						
26	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred						
27	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							

No. DE PLANILLA:	81083917	OPERADOR:	1
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	18/11/2024	S 163,100
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	S 208,800
RIESGOS LABORALES:	SURA	18/11/2024	S 31,900
OTRO			
TOTAL PAGADO			S 403,800
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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 periodo correspondiente			
 OSCAR IVAN CASTELLANOS C.C: 1013583639 CEL: 3202081812			

SEPTIEMBRE
2470860
2404080
2203740
2003400
2003400
1936620
2604420
2804760
3005100
2404080
2014530
2671200
2337300
2003400
3005100
3005100
2671200
2470860
2003400
2337300
2404080
2404080
2003400
2404080
2270520
2003400
2470860
2470860
2871540
2604420
2938320
1869840
2003400
3005100
1735200
1889440
1850880
2140080
2602800
2197920
2140080
2429280
1735200
2602800
2082240
1735200
2602800
2470860
1715920
3430896
2671200

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y						
OSCAR IVAN CASTELLANOS						
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.013.583.639						
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CAMILLERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5047 2024		FECHA INICIO CONTRATO	19/09/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	6.587.520	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.850.880		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	Nº CRP INICIAL:	42652	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3033	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MES Y 12 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	#N/A	OPERADOR:	1			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	0					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACION:	Nº 7	TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):			ADICION 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 757.332	CDP DE LA	945	RP DE LA	21683	TIEMPO DOS (02) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.797.920	CDP DE LA	1269	RP DE LA	24637	TIEMPO 0
VALOR ADICIONADO	\$ 3.710.160	CDP DE LA ADICION:	1614	RP DE LA ADICION:	27927	TIEMPO PRORROGADO: 0
VALOR ADICIONADO	\$ 2.782.620	CDP DE LA	2202	RP DE LA	33073	TIEMPO 0
VALOR ADICIONADO	\$ 9.646.416	CDP DE LA	2614	RP DE LA	37227	TIEMPO 0
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA	2786	RP DE LA	39430	TIEMPO
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.804	CDP DE LA	3756	RP DE LA	45981	TIEMPO (2) dos meses
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		RP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		RP DE LA ADICION:		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			XX	
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:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria				
		 MARCELA TRIVIÑO CORTES Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria				


 NATHALY DUQUE SALAZAR
 Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria

	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:	OSCAR IVAN CASTELLANOS	CC: 1013583639
CORREO ELECTRÓNICO:	KRATOS0726@GMAIL.COM	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31B SUR 1A 34	TELÉFONO: 3202081812
		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.		
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:	BANCO AV VILLAS	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS Nº CUENTA: 46925124
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 5047 2024	Nº CDP: 3756 Nº. RP: 46715 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MES Y 12 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/12/2024 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 6587520
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)	S 1.850.880 UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE	
<div> OSCAR IVAN CASTELLANOS 1013583639 3202081812</div>		

3798492
1936620
2871540
2270520
2337300
2544960
4288620
2270520
2737980
2003400
3005100
2003400
3921024
3921024
3005100
2804760
2203740
2203740
2470860
2003400
2003400
2070180
3675960
4656216
3430896
1736280
2070180
2537640
2470860
2537640
1981140
2871540
2136960
2404080
2003400
2003400
2537640
2003400
2136960
2470860
2537640
3005100
2003400
2537640
2003400
2404080
2938320
2671200
3005100
2804760
2804760
2804760
2671200

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
CC	1013583639	OSCAR IVAN CASTELLANOS	Calle 31 b sur no 1a 34	1234567	kratos0726@gmail.com						UPC 0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-10	2024-10	1	18/11/2024	81083917	\$403.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0	0	0	5	600	153.100
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	5	800	0	208.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	880603790-5	31.700				31.700	5	200	31.900		317		31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES PARA FISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	5	0	0	0
0	5	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	162.500	163.100	
Pensión	1	208.000	208.800	
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	402.200	403.800	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	1	18/11/2024	81083917	\$403,800

[illegible]

