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**

48h.

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DANIEL ANTURI PEÑA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.214.275

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 4635 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:	**$ 7.591.428**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**519.072**
Nº DE INFORME:	**5**	**Nº CRP:**	**40536**	**Nº 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

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**2**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**2**	**PRORROGAS**		**2**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.582.383**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3461**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**43367**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TREINTA Y UN (31) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.595.360**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3765**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**47081**	**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**		**N**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

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)

ITEM	
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", 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:	**83817921125**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**EPS SURA**	**19/11/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**19/11/2024**	**$ 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 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 periodo correspondiente

DANIEL ANTURI PEÑA
C.C: 80214275
Cel: 3138764838

Daniel Anturi Peña

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ANTURI PEÑA	**CC:**	80214275
		RUT (NIT):	80214275-9
CORREO ELECTRÓNICO:	antury2507@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3138764835
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 29 40 27 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

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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24722564649**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4635 2024**	**Nº CDP:**	**3765**	**Nº. RP:**	**47081**	**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: $ 7591428**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 08/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**519.072**
	QUINIENTOS DIECINUEVE MIL SETENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Daniel Anturi Peña.

DANIEL ANTURI PEÑA
C.C: 80214275
Cel: 3138764835

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 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			DANIEL ANTURI PEÑA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.214.275			
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 4635 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2.413.685	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.591.428		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 519.072	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	N° CRP INICIAL:	40536	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:	8381792125		OPERADOR:	MIPLANILLA		
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	$ 2.582.383	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	RP DE LA ADICIÓN:	43367	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA Y UN (31) DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 2.595.360	CDP DE LA ADICIÓN:	3765	RP DE LA ADICIÓN:	47081	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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/12/2024) AL (08/12/2024)

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 Maritza Cárdenas Enfermera - Jefe

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DANIEL ANTURI PEÑA
No. Identificación: CC80214275
Dirección: CALLE 66 A # 17 G 32 SUR
Telefono: 7618818
Correo: antury2507@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8381792125

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIEL ANTURI PEÑA
Tipo y número de identificación	CC80214275
Número de planilla	8381792125
Fecha pago	2024-11-19
Número de autorización pago	42926215
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2024
Número de Administradoras	2
Total Pagado	370500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

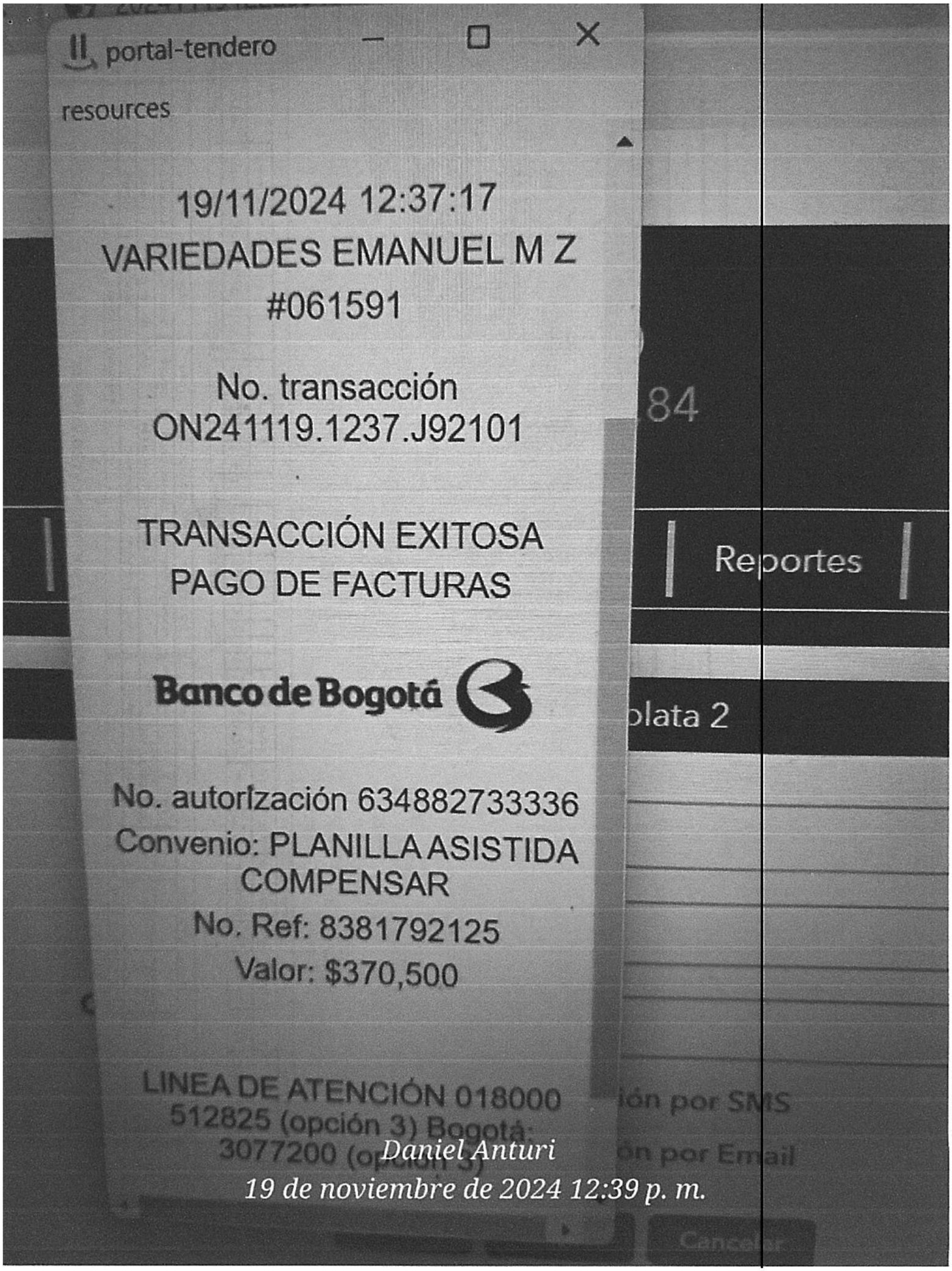
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	208000	1
EPS010	EPS Sura	162500	1

8381792125

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 80214275
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL ANTURI PEÑA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	230201	1300000	1300000	0	0	162500	0	208000	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



Daniel Anturi

19 de noviembre de 2024 12:39 p. m.

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL		DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
CC	80214275	DANIEL ANTURI PEÑA		calle 56 a # 17 g 33 sur	7615615	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
U	I	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
11	2024	11	2024	I	13 11 2024	8351782125	No	No

CENTRO DE TRABAJO		Todos	NUMERO DE EMPLEADOS				1										NIT EMPRESA CONVENIO					Todos																
No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CÓDIGO EPS	IBC EPS	TARIFA EPS	APORTE EPS	CÓDIGO AFP	IBC AFP	TARIFA AFP	APORTE AFP	FSP Solidaridad
1	CC 80214275	ANTURI PEÑA DANIEL	3	0			No	001	11																30	30	0	EPS012	$1.300.000	12.50%	$162.500	230201	$1.300.000	16.00%	$208.000	$0
																															$162.500				$208.000	$0

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	FSP Subsistencia	CÓDIGO ARL	IBC ARL	TARIFA ARL	CLASE RIE	APORTE ARL
1	CC 80214275	ANTURI PEÑA DANIEL	$0		$0	0.00%		$0
			$0					$0