43 horas

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

DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.729.679

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS 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 4703 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**			**29/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2.413.685**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y DOS (02) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**7.007.472**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**465.002**
Nº DE INFORME:	5		**Nº CRP:**	40638	**Nº CDP:**		3007
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DIEZ (10) 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	**$** 1.998.427	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43422	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRENTA Y UN (31) DIAS	
VALOR ADICIONADO	**$** 2.595.360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47136	**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**	X	**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:	X	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		X	
FECHA DE LA PÓLIZA	X	**FECHA DE APROBACIÓN:**		X	

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Preste servicios como auxiliar de enfermeria para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, en el marco de los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud vigente.
2	Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno, registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulacion para el desarrollo del objeto.
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clinica del Programa de Atencion Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, ademas de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clinica.
4	Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atencion dado por la Direccion Centro Regulados de Urgencias y Emergencias (DUES), gararantizando la oportunidad y continuidad de la atencion durante los procesos de atencion, cumpliendo con los procedimientos de guias y protocolos de la Subred Centro Oriente, para la atencion de pacientes en el Programa de Atencion Prehospitalaria
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programacion de actividades, con registros de novedades, ademas de el, las necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomedicos asignados al Programa de Atencion Prehospitalaria
6	Di un correcto uso a los elementos tecnologico (celular institucional, tablet), asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivios para mantener comunicación efectiva y oportunida con el lider de la unidad funcional o con quien el lo designe.
7	Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificacion por el CRUES
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a los establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como contratista OP de la Subred Centro Oriente E.S.E
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Implemente las listas de chequeo para monitorizacion y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfeccion de los vehiculos de emergencia.
11	Realice informe y registro oportuno de datos criticos.
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.

13	Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual
15	Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, condidencialidad de la informacion que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomedicos al area respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Aplique las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad insitucional.
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion.
19	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informes de cuentas de cobro, certificados de pago de aporte de seguridad social y demas soportes, para el pago de mis honorarios
20	Realice las demas actividades asisgnadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto contractual y la ejecucion del Convenio 6677277-2024 APH dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato, contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068178361	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/12/2024	$ 162,500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/12/2024	$ 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 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

DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ
CC: 1033729679
CEL: 3133665560

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-1A-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ	**CC:**	1033729679
		RUT (NIT):	1033729679-1
CORREO ELECTRÓNICO:	jimenez17-@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3133665560
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 65 #19D-27 SUR	**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:	**AV VILLAS**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	048528763

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4703 2024	**Nº CDP:**	3765	**Nº. RP:**	47136	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/08/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		08/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 7.007.472**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 08/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					465.002
	CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOS PESOS M/CTE					

DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ
CC: 1033729679
CEL: 3133665560

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			**DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.033.729.679**			
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 4703 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**29/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			**$**			2.413.685
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	7.007.472			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 465.002
N° PAGO / N° DE INFORME:	5		**N° CRP INICIAL:**	40638	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3007
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DIEZ (10) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			1068178361		**OPERADOR:**	SIMPLE
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	$ 1.998.427	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43422	**TIEMPO PRORROGADO:** TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.595.360	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**RP DE LA ADICIÓN:**	47136	**TIEMPO PRORROGADO:** UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
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 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 (01/12/2024) 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**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-11, 01:33:31 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068178361

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8840837120

PAGADO 11/12/2024

S DEL APORTANTE

ocial	DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ		
nto	CC1033729679	**Dirección**	CR 18Z SUR #68 D - 34
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133665560
sona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
liados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ	03	00																0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

TALES

nsión	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, Saldos 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	$ 0	$ 370.500

ıs de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

TRANSACCIÓN APROBADA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8840837120

Periodo de cotización

202411

Numero aprobación (CUS)

1118557964

Banco

DAVIPLATA

Valor pagado

$ 370.500

Fecha de pago

2024-12-11 13:16:05.0

Respuesta

¡Tu pago ha sido aprobado!

Descargar Comprobante