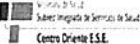
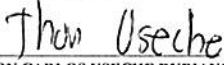
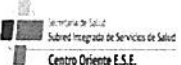


<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> </div>				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JHON CARLOS USECHE RUBIANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			11.229.348		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO API				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5777 2024		FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.011.404	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA (30) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	2.011.404	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.405.820
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	50953	Nº CDP:	4124
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TREINTA (30) 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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
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)					
ITEM					
1	Preste servicios 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	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.				
3	Garantice 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	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 Pre hospitalaria.				
5	Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de 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	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar 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	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE				
8	Porte 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	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
10	Implemente las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.				
11	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.				
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.				

13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, 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, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el 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	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Tramite 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.
20	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024 dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	31640128
OPERADOR:	ASOPAGOS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	COMPENSAR
PENSIÓN:	PORVENIR
RIESGOS LABORALES:	
OTRO	
FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO	
13/12/2024	S 162.800
13/12/2024	S 208.300
TOTAL PAGADO	
S 371.100	
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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	
 JHON CARLOS USECHE RUBIANO CC: 11229348 CEL: 3022684090	

		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: (31/12/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		JHON CARLOS USECHE RUBIANO			CC:	11229348	
CORREO ELECTRÓNICO:		JOHN24285@GMAIL.COM			RUT (NIT):	1 229348 - 2	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CLL 63 SUR N° 32-54			TELÉFONO:	3022684090	
					CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870431485
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 5777 2024	N° CDP:	4124	N°. RP:	50953	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	TREINTA (30) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		08/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	2011404
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 10/12/2024 AL 31/12/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	5 UN MILLON CUATROCIENTOS CINCO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE						1.405.820
<div>Jhon Useche</div> <div>JHON CARLOS USECHE RUBIANO CC: 11229348 CEL: 3022684090</div>							



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

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

JHON CARLOS USECHE RUBIANO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

11.229.348

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 5777 2024

FECHA INICIO CONTRATO

10/12/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

2.011.404,00

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

2.011.404,00

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.405.820,00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1

Nº CRP
INICIAL:

50953

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

4124

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TREINTA (30) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

31640128

OPERADOR:

ASOPAGOS

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -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

Nº DE MODIFICACIÓN:

0

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (0)

PRORROGA (0)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (10/12/2024) AL (31/12/2024)

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



RAZÓN SOCIAL :	JHON CARLOS USECHE RUBIANO
IDENTIFICACIÓN:	CC-11229348
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-13
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-13
FECHA DE PAGO:	2024-12-13
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31640128
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31640128
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 162.500	\$ 162.800
230201	800229739	PROTECCION	1	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 208.000	\$ 208.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 600	\$ 370.500	\$ 371.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/01/2025
----------------------------------	------------

