| | | |
|---|---|---|
| Centro Oriente E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**JOHNATAN DAZA AVENDAÑO**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1.023.915.614 |

**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 5780 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:** | | $ | 1.557.216 |
| **Nº DE INFORME:** | 1 | | **Nº CRP:** | 50956 | **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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 0 | **PRORROGAS** | 0 | |
| **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**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **Nº 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<br>(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:** | 1068683918 | **OPERADOR:** | SIMPLE |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | SURA | 17/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 17/12/2024 | $ 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 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 período correspondiente

Johnatan D

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHNATAN DAZA AVENDAÑO**
**CC: 1023915614**
**CEL.: 3013728331**

| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JOHNATAN DAZA AVENDAÑO | **CC:** | 1023915614 |
| | | **RUT (NIT):** | 1023915614-1 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | jdazaaypre@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3013728331 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 2 # 38B 22 SUR | **CIUDAD:** | BOGOTÁ DC |

**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** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **055000450022498** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5780 2024** | **N° CDP:** | **4124** | **N°. RP:** | **50956** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TREINTA (30) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **10/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **8/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 2.011.404** |
| **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)** | **$** | | | | | **1.557.216** |
| | **UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS DIECISÉIS PESOS M/CTE** | | | | | |

Johnatan D.

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHNATAN DAZA AVENDAÑO**
**CC: 1023915614**
**CEL: 3013728331**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **JOHNATAN DAZA AVENDAÑO** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.023.915.614** | | |
| **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 5780 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **10/12/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | **$** | | | 2.011.404 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 2.011.404 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 1.557.216 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP INICIAL:** 50956 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | | 4124 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TREINTA (30) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | 1068683918 | **OPERADOR:** | | SIMPLE |
| **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** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION ( 0 ) | PRORROGA ( 0 ) |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **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 ( 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:**<br>**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**MARITZA CARDENAS PALOMINO**<br>**PERFIL: ENFERMERA**<br>Maritza Cárdenas Enfermera Jefe |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-17, 11:33:59 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1068683918

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024

**PAGADO 17/12/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHNATAN DAZA AVENDANO | | |
| **Documento** | CC1023915614 | **Dirección** | CR 2 #38 B - 22 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013728331 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | 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 AFP | 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 |
| CC 1023915614 | JOHNATAN DAZA AVENDAÑO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0.000 | $ 0 | $ 0 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | 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 | $ 3.400 | $ 373.900 |



Líneas 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.