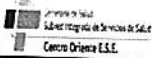
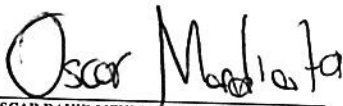


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y OSCAR DAVID MENDEIETA LOZANO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.012.409.402	
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5787 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:		\$ 7.850.964	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.795.124	
N° DE INFORME:		3	
N° CRP:		50962	
N° CDP:		4124	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (11) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1BL HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752	
CDP DE LA ADICIÓN:		36	
CRP DE LA ADICIÓN:		7611	
TIEMPO PRORROGADO:		VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808	
CDP DE LA ADICIÓN:		326	
CRP DE LA ADICIÓN:		10375	
TIEMPO PRORROGADO:		DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ -	
CDP DE LA ADICIÓN:		-	
CRP DE LA ADICIÓN:		-	
TIEMPO PRORROGADO:		-	
III. POLIZAS			
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
N° DE PÓLIZA:		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		X	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		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 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			
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 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 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			
Na. DE PLANILLA:		9480478815	
CONCEPTO DEL PAGO		OPERADOR:	
SALUD:		FECHA DE PAGO	
PENSIÓN:		11/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		11/02/2025	
OTRO:		11/02/2025	
TOTAL PAGADO		\$ 436.500	
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 calculó 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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 DAVID MENDEIETA LOZANO C.C: 1012409402 Cel: 3103356860			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO			CC:	1012409402
CORREO ELECTRÓNICO:	oscar-mend@live.com			RUT (NTT):	1012409402-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65G BIS A 77H 46 SUR			TELÉFONO:	3103356860
				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					
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					0570006680539951
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5787 2024	N° CDP:	326	N° RP:	10375
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/03/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	5 1.795.124				
UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CIENTO VEINTICUATRO PESOS M/CTE.					
					
OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO C.C: 1012409402 Ccl: 3103356860					

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.012.409.402

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5787 2024

FECHA INICIO CONTRATO

10/12/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

2.011.404

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

7.850.964

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.795.124

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(3 de 3)

Nº CRP
INICIAL:

50962

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

4124

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

9480478815

OPERADOR:

APORTES EN LINEA

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:

2

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (2)

PRORROGA (2)

VALOR ADICIONADO

\$

1.816.752

CDP DE LA
ADICIÓN:

36

RP DE LA
ADICIÓN:

7611

TIEMPO
PRORROGADO:

VEINTITRES (23) DIAS

VALOR ADICIONADO

\$

4.022.808

CDP DE LA
ADICIÓN:

326

RP DE LA
ADICIÓN:

10375

TIEMPO
PRORROGADO:

DOS (2) MESES

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

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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

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:
CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ
PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1012409402** y es titular de la cuenta terminada en ****9951**, realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
10/02/2025	\$ 436.500,00	APORTES EN LINEA	1257779415	57779415

Se expide en Bogotá, el 17-02-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF	No			
CC 101269402		MENDIETA LOZANO OSCAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65 g bis a no 77 h sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777801					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clase	Tipo		Fecha		Pago					
Penión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor			
2025-01	2025-01	1257779415	9480478115	1	2025/02/04	2025/02/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$436,500			
RESUMEN DE PAGO												
RIESGO	CODIGO	NTT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR				
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)			1		\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900				
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900				
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)			1		\$28,500	\$200	\$0	\$28,700				
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700				
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)			1		\$178,000	\$900	\$0	\$178,900				
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900				
TOTAL			1		\$434,300	\$2,200	\$0	\$436,500				

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																		
Identificación		dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e									
CC 1012409402			MENDEIETA LOZANO OSCAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 65 g bts a no 77 h sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777801	KCBF									
									No									
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																		
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago											
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor									
2025-01	2025-01	125779415	948047815	1	2025/02/04	2025/02/11	BANCO DAVIVIENDA	7	\$438,500									
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0
1	CC	1012409402	MENDEIETA OSCAR	120301	30	\$1,423,500	EP037	30	\$1,423,500	\$178,000	CC721	30	\$1,423,500	\$28,500	0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$0	\$0