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 EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-1A-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.034.318.585			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 5794 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**10/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**6.706.230**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TREINTA (30) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**26.175.930**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 5.624.580**
Nº DE INFORME:	**3**		**Nº CRP:**	**50969**	**Nº CDP:**	**4123**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) 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:	**2**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**2**	**PRORROGAS**	**2**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.057.240**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**7618**	**TIEMPO PRORROGADO:** VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 13.412.460**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**326**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**10381**	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS (2) MESES
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes
2	Realice un adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria de acuerdo a la normatividad vigente.
3	Diligencie de forma oportuna, completa y adecuada los registros propios de la Atención Prehospitalaria.
4	Valoré médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
5	Realice de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos.
6	Desarrolle las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas
7	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.
8	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad
9	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención médica Pre Hospitalaria
10	Informé y registre oportunamente datos críticos
11	Reporté y registre los sucesos de seguridad
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
13	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo
14	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades
15	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
16	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
17	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos
18	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin
19	Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas
20	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE
21	Use adecuadamente, racionalizacionalice y registre los insumos y/o medicamentos controlados o no
22	Diligencie clara y oportunamente los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Registre adecuada y oportunamente el kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos

156.

24	Verifique pre operacionalmente el equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico
25	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
26	cumpí con 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:	**84149141**	**OPERADOR:**	**MIPLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	13/02/2025	$ 279.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/02/2025	$ 357.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 637.300

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

ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ
C.C: 1034318985
Cel: 3183216703

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			**ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.034.318.585**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5794 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**10/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**6.706.230**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**26.175.930**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 5.624.580**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(3 de 3)**	**N° CRP INICIAL:**	**50969**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**4123**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**84149141**		**OPERADOR:**		**MIPLANILLA**
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:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 6.057.240	**CDP DE LA ADICIÓN:**	36	**RP DE LA ADICIÓN:**	7618	**TIEMPO PRORROGADO:**	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 13.412.460	**CDP DE LA ADICIÓN:**	326	**RP DE LA ADICIÓN:**	10381	**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**	
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 (01/02/2025) 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**

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: 28/02/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ	**CC:**	1034318585
		RUT (NIT):	700208664-8
CORREO ELECTRÓNICO:	el.papa062@gmail.com	**TELÉFONO:**	3183216703
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18 SUR 16 53	**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550462300120146**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 5794 2024**	**N° CDP:**	**326**	**N°. RP:**	**10381**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 26175930**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**5.624.580**
	CINCO MILLONES SEISCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					

ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ
C.C: 1034318585
Cel: 3183216703

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1034318585	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ		CL 18 A SUR 18 53	3183216703	el.papa062@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	84149141	$637.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	279.500	0		0		0	0	0	0	279.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	357.800	0	0	0	0	0	0		357.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	279.500	279.500
Pensión	1	357.800	357.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	637.300	637.300

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1034318585	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ	CL 18 A SUR 16 53	3183216703	el.papa062@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	13/02/2025	84149141	$637.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1034318585	HERNANDEZ COLMENAREZ ALFONSO JAVIER	3	0			N																	25-14	2.236.000	357.800	0	0	0	0	EPS005	2.236.000	279.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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