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 VE** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.806.682**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4851 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**14/02/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.034.160				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 7.034.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.059.050**		
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**N° CRP INICIAL:**	10972	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	558
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESE Y DIEZ Y SEIS (16) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVO	**OPERADOR:**	NUEVO		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**TIEMPO PRORROGADO:**	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	NA	**NO**	NA	
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		NA	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		NA	

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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

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 COD 009 GRADO 05** Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Contrato 078 **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

	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	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.806.682			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4851 2025		FECHA INICIO		14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.034.160	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESE Y DIEZ Y SEIS (16) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.034.160			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.059.050
N° DE INFORME:	1	N° CRP:	10972	N° CDP:		558
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESE Y DIEZ Y SEIS (16) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIONES 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:
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X
N° DE PÓLIZA:	N.A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N.A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N.A	FECHA DE APROBACIÓN:		N.A		

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	1. recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	2. controlar los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.
3	3. orientar a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento
4	4. realizar actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
5	5. notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	*6. informar al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.*
7	7. realizar la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	8. realizar registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
9	9. cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
10	10. responder por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil
11	11. el seguimiento de inventario se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes
12	12. aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	13. realizar la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.
14	14. reponer en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	15. recibir y entregar al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	16. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
17	17. ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
18	18. impartir educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.
19	19. mantener la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
20	20. ejercer las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	21. realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad.
22	22. recibir y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.

23	23. conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
24	24. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
25	25. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente
26	26. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad, NO CUMPLE
27	27.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	NUEVO	OPERADOR:	NUEVO
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSALUD	NUEVO	$ -
PENSIÓN:	COLPENSIONES	NUEVO	$ -
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

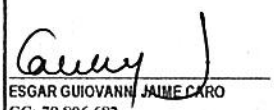
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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



ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO
CC: 79.806.682
CEL: 304 113 4094

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO	**CC:**	79.806.682
		RUT (NIT):	79806682
CORREO ELECTRÓNICO:	GUIOVANNI_CARO@YAHOO.ES	**TELÉFONO:**	3041134094
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 27 8-26	**CIUDAD:**	BOGOTA 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:	**BANCO DE BOGOTA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**025454844**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4851 2024**	**Nº CDP:**	**558**	**Nº. RP:**	**10972**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MES Y DIEZ Y SEIS (16) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**14/02/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7.034.160**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.059.050**
	DOS MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL CINCUENTA PESOS MCTE.					

ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO
C.C. 1.073.673.110 Bogota D.C.
cel: 3132751949

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7-47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 79.806.682 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 025454844, abierta/o desde el 18/3/2024.

Se expide en Bogotá el día 6 del mes de Diciembre del año 2024 con destino a: A quien interese

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **79806682,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de marzo de 2025.

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ALIANSALUD

830.113.831-0

CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO identificado con CC No. 79806682 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 79806682, con vigencia desde 2/1/2002 hasta 12/31/2050.La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	79806682	ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO	48	1103	01/02/2002	Vigente		Si
2	20686091	GONZALO VILLAMIL LEON	70	162	01/02/2002	No vigente	28/02/2002	No
3	41574923	ABIGAIL SANDOVAL TORRES	68	162	01/02/2002	No vigente	28/02/2002	No
4	52358913	MARTHA PATRICIA VILLAMIL SANDOVAL	48	1025	01/02/2002	No vigente	30/04/2019	Si
5	1000212992	LAURA ALEJANDRA JAIME VILLAMIL	23	189	01/02/2002	No vigente	30/04/2003	No
6	30059	LAURA ALEJANDRA JAIME VILLAMIL	23	133	01/02/2002	No vigente	28/02/2002	No
7	1000212992	LAURA ALEJANDRA JAIME VILLAMIL	23	818	30/05/2003	No vigente	30/04/2019	No
8	1013587536	ANGELA NATALIA JAIME VILLAMIL	19	820	18/05/2005	No vigente	30/04/2019	No

Se expide en Bogotá a los 13 días del mes de Marzo del 2025

FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multiafiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: AP-IA-FT-024 VERSIÓN: 03 FECHA: 2023-03-17

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE _____
NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION _____
NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA	79806682
TIPO DE DOCUMENTO	Numero de Documento

Jaime	Cano	Isaza	Giovanni
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

01-06-1977	Bogota	cll 27 # 8-26
Fecha de .Nacimiento	Ciudad de Residencia	Dirección de Residencia

Alianzalud	Colpensiones	$ 2'050.000=
EPS - Salud	AFP - Pensiones	Honorarios

Auxiliar de enfermería	giovanni_cano@yahoo.es	304 113 4094
Perfil/ Profesión	Correo Electrónico	Celular

Firma del Afliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011