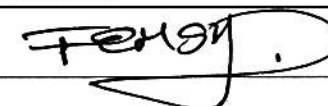
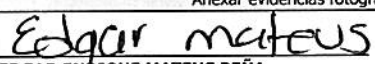


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			EDGAR ENRIQUE MATEUS PEÑA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.130.259		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2018 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 10.684.800			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 10.684.800	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.202.040
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3	Nº CRP INICIAL:	6585	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES Y 28 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9482414069	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		XX
Nº DE PÓLIZA:		XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA		XX	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX
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?			XX	
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?			XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el Informe anexo y en el SECOP?			XX	
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?			XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?			XX	
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 (18/03/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		 JOHON JAIRÓ RODRIGUEZ APONTE NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: PERFIL: PROFESIONAL SIRC			

		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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		EDGAR ENRIQUE MATEUS PEÑA			CC:		80130259
CORREO ELECTRÓNICO:		edgarmateus81@gmail.com			RUT (NIT):		80130259
DIRECCIÓN DOMICILIO:		kr 46 n 75 42 sur			TELÉFONO:		3166831428
					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 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	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							004870316892
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 2018 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6585	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y 28 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 10.684.800	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 18/03/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	\$ 1.202.040 CATORCE MILLONES TREINTA Y DOS MIL VEINTICINCO PESOS M/TE						
HORAS 108							
 EDGAR ENRIQUE MATEUS PEÑA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C. 80130259 cel:3166831428							

		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-IA-FT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y EDGAR ENRIQUE MATEUS PEÑA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.130.259		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (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 2018 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 10.684.800		PLAZO INICIAL DEL	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 10.684.800		3 MESES Y 28 DIAS	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES Y 28 DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		\$ 1.202.040	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		0	
VALOR ADICIONADO		\$ -		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ -		0	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		X		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		X		FECHA DE APROBACIÓN:	
ITE M		X		X	
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)					
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 sirvan 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 contrato.
26	26. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
27	27. las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
No. DE PLANILLA:	9482414069
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SURA
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES: TRIPULANTE AMBULANCIA	SURA
RIESGO 4	0
OTRO	0
TOTAL PAGADO	\$ 405.800
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 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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	
 EDGAR ENRIQUE MATEUS PEÑA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC:80130259 CEL:3166831428	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80110219	MATEUS PEÑA EDGAR ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 45 N75-42	BOGOTA-BOGOTA D.E	2184590	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	1376502485	940241406V	2025/03/14	2025/03/10	BAHCO DIAVIVIENDA	0	\$465,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Subtotal PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.F. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	
1	CC 80130259	MATEUS EDGAR	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5010	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	
Total Afiliados (1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	di	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C.C. 80130259		MATEUS PEÑA EDGAR ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AR 46 N75-42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2184590	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-02	2025-02	1326502485	9482414069	I	2025/03/14	2025/03/10	BANCO DAVIVIENDA	\$405,800
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES AMORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800

