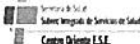
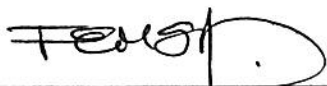
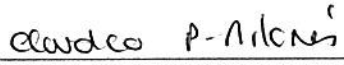
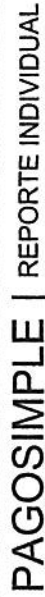


<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> </div>				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y							
YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.023.006.051			
1. 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 5790 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:		\$ 2.595.360	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:		50965	Nº CDP: 4124
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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN		2	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		CDP DE LA ADICIÓN:		36	CRP DE LA ADICIÓN: 7614
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		CDP DE LA ADICIÓN:		326	CRP DE LA ADICIÓN: 10378
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:			CRP DE LA ADICIÓN:
							TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS
							TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
							TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA				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	Se realizó la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.						
2	Garantizo la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.						
3	Se garantizó el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.						
4	Se brindo 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 Pre hospitalaria.						
5	Se presento cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.						
6	Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.						
7	Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE						
8	Se garantizo el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.						
9	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.						
10	Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente						
11	Se realizó el informe y registro oportuno de los datos críticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil						
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa						
13	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.						
14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.						
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.						
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.						
17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.						

18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.			
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.			
20	Cumplimiento del trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:		1071211904	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	14/03/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	14/03/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 405.800
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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 periodo correspondiente				
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR C.C: 1.023.006.051 CEL: 3227585211 </div> </div>				

		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-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR			CC:	1.023.006.051
CORREO ELECTRÓNICO:	jeankvargas3@gmail.com			RUT (NIT):	1023006051-8
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50B SUR #5 C - 30			TELÉFONO:	3227585211
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					488418033723
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5790 2024	N° CDP:	326	N° RP:	10378
					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: \$7.850.964
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.595.360				
	DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE				
 YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR C.C 1023006051 CEL: 3227585211					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.006.051		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5790 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		2.011.404,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 7.850.964,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.595.360	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL: 50965 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 4124	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DÍAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071211904		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 TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		ADICIÓN (2) PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DÍAS	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		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. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH			



11904	Periodo Servicio	202502
-------	------------------	--------

Cliente:

PAGADA 2025-03-14 EN HORARIO EXTENDIDO

Razón Social	YAN CARLOS VARGAS ESCOBAR
--------------	---------------------------

Documento	CC 1023006051	Dirección	CL 50B SUR #5 C - 30	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3227585211	
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.	
Representante Legal		Identificación		

Documento	CC 1023006051	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	03 00							
VARGAS ESCOBAR YAN CARLOS								
BOGOTÁ D.C.								

[illegible]

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800

1. Introduction

2. Methodology

3. Results

4. Discussion

5. Conclusion

6. References

7. Appendix

8. Figures

9. Tables