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

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

JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.421.907

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 1989 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 10.684.800**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 10.684.800**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.003.400**
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	6558	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
	DESAROLLE ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN TRASLADOS SECUNDARIOS 180 HORAS UNDAD SAN BLAS
1	Cumpli las guias, procedimientos y demas documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (sissco) e.s.e
2	Recibi en la plataforma del software sirc las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	Realice la entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transicion segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo sirc y/o plataforma excel
4	Facilite y direccione los traslados de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de *servicios de salud, de acuerdo a las condiciones clinicas y administrativas de cada usuario*
5	Articule las solicitudes de las unidades que componen la sissco y otras ips externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
6	Realice seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapeutico de indole hospitalario
7	Solicite los documentos necesarios para los traslado o remision segura
8	Facilite de acuerdo a las listas de chequeo establecidas la articulacion con los diferentes actores de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. de acuerdo a los niveles de atencion y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.
9	Direccioner la ambulancia con la tipologia requerida (tab-tam) por via telefonica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar telefono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.
10	Priorice los despachos de urgencias vitales de acuerdo al cuadro clinico o diagnostico. como criterio especial de traslado no requiere aceptacion en la unidad destino.
11	Conoci el portafolio de servicios y cumpli la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
12	*Revice el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar informacion autorizaciones, provenientes de los diferentes actores* que participan en el sgsss
13	Utilice el telefono institucional para tramites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	Comente los pacientes en tramite de remision de las diversas ips, erp y entes de control a nivel nacional con el lider de gobierno clinico o quien determine la especialidad solicitada para posible aceptacion o negacion. la respuesta generada por el equipo asistencial debe quedar en registrada en el aplicativo sirc
15	Las bitacoras de los pacientes comentados a la sissco, deben ser culminadas en el aplicativo sirc en menos de 24 horas.
16	Realice la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad
17	Recibi y entrege las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad

18	Conoci y cumpli la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento.
19	Conoci y cumpli 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.
20	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
21	Utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
22	Cumpi con las actividades descritas en el manual de referencia de la sissco
23	Realice las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1070825746**	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	31/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	31/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	31/03/2025	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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

Libardo Sierra

JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR
CC: 79.421.907
CEL: 312 4733940

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: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR**	**CC:**	79.421.907
		RUT (NIT):	79.421.907
CORREO ELECTRÓNICO:	LIBARDOSIERRA123@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3124733940
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 11A 78D-56	**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**004800309314**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1989 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6558**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (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 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.003.400,00** **DOS MILLONES TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE.**					

Libardo Sierra

JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR
C.C. 79.421.907 Bogota D.C.
cel: 312 473 39 40

Secretaría Distrital 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	**JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.421.907**

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 1989 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				10.684.800
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 10.684.800,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.003.400**
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	**N° CRP INICIAL:**	6558	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070825746		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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**	**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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-31, 01:19:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070825746

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822858507

PAGADO 31/03/2025

OS DEL APORTANTE

Social	JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR		
ıento	CC79421907	**Dirección**	CRA 22 A N 66 92 SUR
e Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212107513
ersona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
l	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ıentante Legal		**Identificación**	
ıfiliados	1	**ARP**	ARL SURA

ALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
ın	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
	JOSE LIBARDO SIERRA SALAZAR	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

OTALES

Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

eas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.