		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
YERZONH YAIR HERRERA PITA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			74.376.406		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APII"			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:		PS 5818 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				11/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.364.984		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				VEINTICUATRO (29) DÍAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 31.540.914		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5.191.920	
N° DE INFORME:		5		N° CRP:	
				N° CDP:	
				4211	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TÉCNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				3	
				PRORROGAS	
				3	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240		CRP DE LA ADICIÓN:	
				37	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		CRP DE LA ADICIÓN:	
				326	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.706.230		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1036	
VALOR ADICIONADO				CRP DE LA ADICIÓN:	
				12869	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DÍAS	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				TREINTA (30) DÍAS	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿FACILITÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° 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 <i>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</i>					
ITEM					
1	Estuve presente en el momento de entrega y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente				
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica				
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).				
4	Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE				
5	Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en los casos que se requirio en el proceso de atención				
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E				
7	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E				
8	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
9	Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria				
10	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.				
11	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad				
12	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para el cabal cumplimiento de las actividades				
13	Brinde trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
14	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades				
15	Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.				
16	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional				
17	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.				

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	Dí uso adecuado y racional de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantice el adecuado registro en los formatos correspondientes
22	Realice el diligenciamiento claro y oportuno de 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	Efectuar el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos
24	Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico. Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para cabal el cumplimiento de las actividades
25	Tramitar 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:	1072023235	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/04/2025 ✓	\$ 178.000 ✓
PENSIÓN:	PORVENIR	17/04/2025 ✓	\$ 227.800 ✓
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	17/04/2025 ✓	\$ 7.500 ✓
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 413.300 ✓

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 íbc 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)	
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo socop 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	

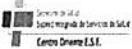
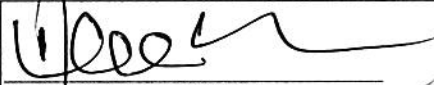
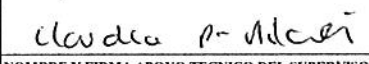


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YERSON HERRERA PITA

C.C: 74.376.406

CEL: 3175064033

		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:	YERZONH YAIR HERRERA PITA		CC:	74376406	
CORREO ELECTRÓNICO:	yerzonhherreratrabajo@gmail.com		RUT (NIT):	74376406-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50 A SUR 24 45		TÉLFONO:	3175064033	
			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					
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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	26272889383
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5818 2024	N° CDP:	1036	N° RP:	12869
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.191.920				
	CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE				
 YERZONH YAIR HERRERA PITA CC: 74376406 CEL: 3175064033 					

		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-1A-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YERZONH YAIR HERRERA PITA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			74.376.406		
II. INFORMACIÓN 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 5818 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				11/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.364.984,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 31.540.914,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5.191.920,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
				4211	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1072023235		OPERADOR:	
				SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BI. HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05			
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN -)	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240		ADICION (3)	
				PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.706.230		TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
				TREINTA (30) DIAS	
IV. VERIFICACIÓN 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 autoriza 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:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO CARGO: DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APII			

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-17, 04:12:09 PM en horario extendido
Período de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Período de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	YERZONH YAIR HERRERA PITA
CEDULA CIUDADANIA	CC 74376406
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1072023235
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1418303083
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 418.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 227.800	\$ 2.800
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 178.000	\$ 2.200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 7.500	\$ 100
SubTotales:				\$ 413.300	\$ 5.100
Total a Pagar:					\$ 418.400

Líneas 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!

