 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-4T-977 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y GUVER ALEXANDER DIAZ ARCHILA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.020.007.224	
I. INFORMACION 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 "APH"	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5798 2024	
FECHA INICIO CONTRATO		10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.706.230	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		TREINTA (30) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 32.882.160	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 6.489.900	
Nº DE INFORME:		5	
Nº CRP:		50972	
Nº CDP:		4123	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
ADICIONES		3	
PRORROGAS		3	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240	
CDP DE LA ADICIÓN:		36	
CRP DE LA ADICIÓN:		7622	
TIEMPO PRORROGADO:		VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460	
CDP DE LA ADICIÓN:		326	
CRP DE LA ADICIÓN:		10386	
TIEMPO PRORROGADO:		DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.706.230	
CDP DE LA ADICIÓN:		1036	
CRP DE LA ADICIÓN:		12863	
TIEMPO PRORROGADO:		TREINTA (30) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.706.230	
CDP DE LA ADICIÓN:		1036	
CRP DE LA ADICIÓN:		12863	
TIEMPO PRORROGADO:		TREINTA (30) DIAS	
III. POLIZAS			
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
Nº DE PÓLIZA:		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		X	
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>			
1	Estuve presente en el momento de entregar 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 requirió 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	Respondí 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 asisti 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	Di 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 RU
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:	9484579153	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/04/2025	\$ 325.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/04/2025	\$ 416.500
RIFSGOS LABORALES:			
OTRO	COMPENSAR	11/04/2025	\$ 52.200
TOTAL PAGADO			\$ 794.100

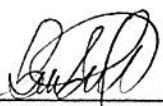
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 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, pensión, 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.

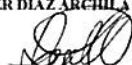
VII. ANEXOS

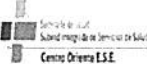
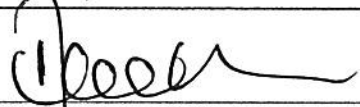
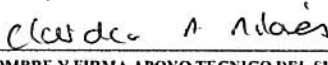
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anejar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  GUBER ALEXANDER DIAZ ARCHILA
C.C: 1.020.007.224
CEL: 3059047373

cu

 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:	GUVER ALEXANDER DIAZ ARCHILA		CC:	1020007224	
CORREO ELECTRÓNICO:	guveralexander@gmail.com		RUT (NIT):	74376406-9	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 30 D 79		TELÉFONO:	3059047373	
			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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550008400856533
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5798 2024	Nº CDP:	1036	Nº RP:	12863
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) 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)	<div style="text-align: right;">\$ 6.489.900</div> <div style="text-align: center;">SEIS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS M.CTE</div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> GUYER ALEXANDER DIAZ ARCHILA CC:1020007224 CEL:3059047373 </div> <div style="width: 60%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> </div>					

		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 VERSIÓN: 2																									
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y																													
NOMBRE DEL CONTRATISTA			GUVER ALEXANDER DIAZ ARCHILA																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.020.007.224																										
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 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 5798 2024		FECHA INICIO CONTRATO																									
				10/12/2024																									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.706.230,00																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 32.882.160,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:																									
				\$ 6.489.900,00																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:																									
				50972																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9484579153		OPERADOR:																									
				APORTES EN LINEA																									
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:		ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05																											
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):																									
				ADICION (3)																									
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240		PRORROGA (3)																									
				VEINTITRES (23) DIAS																									
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		TIEMPO PRORROGADO:																									
				DOS (2) MESES																									
VALOR ADICIONADO		\$ 6.706.230		TIEMPO PRORROGADO:																									
				TREINTA (30) DIAS																									
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. 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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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:		 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 APH																											

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1402123530	9484579153	1	2025/03/07	2025/04/11	BANCOLOMBIA	4	\$794,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENEA e ICBF	
CC 1020807224		BIAZ ARCHILLA GIVER ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 20 D # 6 - 79	BUCOTA-BUCOTA D.E.	4731473	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Penstfn	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1403123550	9404537153	1	2025/04/07	2025/04/11	BANCOLOMBIA	4	\$794,100

Página 1 de 1

2025/04/10 06:56 PM

