	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE L CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-SA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.024.600.737			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5776 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:	$ 10.381.440			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.946.520	
Nº DE INFORME:	5		Nº CRP:	50952	Nº CDP:	4124	
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:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	4	PRORROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	CRP DE LA ADICIÓN:	7600	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10364	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 519.072	CDP DE LA ADICIÓN:	240	CRP DE LA ADICIÓN:	10365	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	CRP DE LA ADICIÓN:	12828	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X		
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:				

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Realice las entregas y recibos de turno de manera presencial.
3	Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, cadena de custodia).
4	Di 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 Prehospitalaria.
5	Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria.
6	Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional) asignados a las ambulancias por la Subred, para el desarrollo de las actividades.
7	Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.
8	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que me acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia.
11	Informe y registre oportunamente los datos criticos
12	Reporté y registre los sucesos de seguridad

13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo.
15	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
18	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos.
19	Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "Formatos Cuenta de cobro Contrato de Prestación de Servicios y Apoyo a la Gestión", "Certificado de pago de Aportes Sociales", para el pago de los respectivos honorarios.
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que son inherentes con el objeto del contrato.

No. DE PLANILLA:	**32801634**		**ASOPAGOS S.A.**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**7/04/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**7/04/2025**	**$ 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 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 aecop 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

Jefrey Wilches V.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
C.C: 1.024.600.737
CEL: 3132908684

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:	**JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA**	**CC:**	**1.024.600.737**
		RUT (NIT):	1024600737-2
CORREO ELECTRÓNICO:	jefrywilchesvillanueva@gmail.com	**TELÉFONO:**	3132908684
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 62G 74 34 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

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)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**055004800432702**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5776 2024**	**N° CDP:**	**1036**	**N°. RP:**	**12828**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $10.381.440**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.946.520**					
	UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

Jefrey Villanueva U.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA

C.C: **1024600737**

CEL: **3132908684**

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-4A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.024.600.737				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5776 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.381.440	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.946.520		
N° PAGO / N° DE INFORME:	5	N° CRP INICIAL:	50952	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	CUATRO (4) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	32801634	OPERADOR:	ASOPAGOS S.A.		
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							
N° DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (4)	PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7600	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10364	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 519.072	CDP DE LA ADICIÓN:	240	RP DE LA ADICIÓN:	10365	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12828	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 claudia p. milanés NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1024600737 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-03	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	227.800	0	227.800
Período salud:	2025-03	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	178.000	0	178.000
Planilla Nro.:	32801634 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2025-04-07	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	1507	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1395299056	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 405.800

PAGADO