	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-14-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:	**$ 11.721.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.009.340**
Nº DE INFORME:	**6**	**Nº CRP:**	**50952**	**Nº CDP:**	**4124**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**5**	**PRORROGAS**		**4**
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)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.339.560**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1366**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**16074**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DIECINUEVE (19) 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 específicas 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 críticos
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:	**33112743**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS SA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**9/05/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/05/2025**	**$ 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 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

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

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**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**055004800432702**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5776 2024**	**N° CDP:**	**1366.**	**N°. RP:**	**16074**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y NUEVE (9) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/05/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $11.721.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/05/2025 AL 31/05/2005**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 2.009.340**					
	DOS MILLONES NUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE					

JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
C.C: 1024600737
CEL: 3132908684

	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 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:	**$ 11.721.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**2.009.340**
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**6**	**Nº CRP INICIAL:**	**50952**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**4124**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**33112743**	**OPERADOR:**	**ASOPAGOS SA**		
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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			ADICION (5)	PRORROGA (4)
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**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.339.568**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1366.**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**16074**	**TIEMPO PRORROGADO:** **DIECINUEVE (19) DIAS**

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 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 **(01/05/2025)** AL **(31/05/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ** **PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1024600737
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-05-12
FECHA DE PAGO:	2025-05-09
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-04
PERÍODO SALUD:	2025-04
NÚMERO PLANILLA:	33112743
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33112743
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 405.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/06/2025