

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-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:					1.012.409.402		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5787 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.011.404		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		TREINTA (30) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.201.928		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.841.895	
N° DE INFORME:		6		N° CRP:		50962	
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			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN		4	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		CDP DE LA ADICIÓN:		36	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		CDP DE LA ADICIÓN:		326	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.011.404		CDP DE LA ADICIÓN:		1036	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.339.560		CDP DE LA ADICIÓN:		1366	
III. POLIZAS							
¿FACTÓ 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)							
ITEM							
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, Formulación médica, 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, Tablet...) 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 lo 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 asegurado
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 "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios
21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato

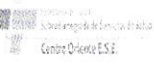
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9484725695	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	14/05/2025	\$	179,100
PENSIÓN:	PORVENIR	14/05/2025	\$	229,200
RIESGOS LABORALES:				
OTRO	COLSUBSIDIO	14/05/2025	\$	28,700
TOTAL PAGADO			\$ 437,000	

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 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 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	

OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO
C.C: 1012409402
Cel: 3103356860

Oscar M.

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FI-078 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			OSCAR DAVID MENDEIETA LOZANO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.012.409.402		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5787 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		2.011.404	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		11.201.928	
				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$	
				1.841.895	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(6 DE 6)		Nº CRP INICIAL:	
				50962	
				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:		9484725695		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:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
				ADICION (4)	
				PRORROGA (4)	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.816.752		CDP DE LA ADICIÓN:	
				36	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				7611	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.022.808		CDP DE LA ADICIÓN:	
				326	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				10375	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.011.404		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1036	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				12837	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.339.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1366	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				16083	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 59 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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> 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 PERÍODO DE PAGO:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
		CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH			

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN 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:	OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO	CC:	1012409402/
CORREO ELECTRÓNICO:	ossck-mend@live.com	RUT (NIT):	1012409402-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65G BIS A 77H 46 SUR	TÉLEFONO:	3103356860
		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 1.2.4.1.6 y parágrafo 4			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00163 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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	0570006680539951
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5787 2024	Nº CDP:	1366
		Nº RP:	16083
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.841.895		
	UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE		
 OSCAR DAVID MENDIETA LOZANO C.C: 1012409402 Cel: 3103356860			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1012419402		MEMORIETA LOZANO OSCAR DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 65 g Bis a no 77 h sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7777801		No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Pago	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2023-04		1480485748		9464925695		1	2025/05/05	2025/05/14	\$437,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES HORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR	230301	800,724,808	8	1	\$227,800	\$1,400	\$0	\$229,200	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
NEVEA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$1,100	\$0	\$179,100	
TOTAL				1	\$434,300	\$2,700	\$0	\$437,000	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Valor
4.400.000,00			Planilla	2025/05/05	2025/05/14	5.437,000
					BANCO OVIATREDA	
					Dias Mora	9

Scanned with
CamScanner