SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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

CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.892.621

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 5714 2024		FECHA INICIO CONTRATO		9/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.078.451	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA Y UN (31) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.268.975		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.143.296
N° DE INFORME:	6	N° CRP:	50901	N° CDP:	4124
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) 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

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	4	PRORROGAS	4	
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	CRP DE LA ADICIÓN:	7549	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10303	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	CRP DE LA ADICIÓN:	12805	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.339.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	CRP DE LA ADICIÓN:	16051	TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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	Se realizó la prestación del servicio como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
2	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.
3	Se garantizo el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
4	Se brindo 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 Pre hospitalaria.
5	Se presento cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
6	Se garantizó el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehículo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la lider de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Se realizó el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE
8	Se garantizo el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
9	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizo el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Se realizaron los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente
11	Se realizó el informe y registro oprtuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa

13	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
14	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.
16	Se garantizó la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del tramite 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:	**1072052176**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COOSALUD	19/05/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	19/05/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			$ 28.500
OTRO	COLSUBSIDIO		
TOTAL PAGADO			$ 434.300

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 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 período correspondiente

Cristhian Saavedra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY

C.C: 1.023.892.621

CEL: 3042254661

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:	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY	CC:	1023892621
		RUT (NIT):	1023892621-5
CORREO ELECTRÓNICO:	cris.peta123@hotmail.es	TELÉFONO:	3042254661
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 12 # 39 D 32 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

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:	0570001070068562
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 5714 2024	N° CDP:	1366	N°. RP:	16051	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/05/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $11.268.975
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.143.296 DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

Cristhian Saavedra

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY

C.C: 1023892621

CEL: 3042254661

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-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	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.892.621				
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 5714 2024		FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.078.451,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.268.975,00		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.143.296,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:	50901	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1072052176		OPERADOR:	SIMPLE	
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							
N° 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:	7549	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10303	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12805	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.339.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16051	TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

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			

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
	Claudia P. Milanes NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-19, 09:21:40 AM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1072052176

Periodo Cotización: abril de 2025 | Periodo Servicio: abril de 2025 | Referencia pago 8822696906

PAGADA 19/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY		
Documento	CC1023892621	Dirección	CR 2H #39 D - 32 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3042254661
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023892621	CRISTHIAM GONZALO SAAVEDRA MONROY	3	0																	0	30	30	0	30	(230301) PORVENIR	$1,423,500	$227,800	(EPS042) COOSALUD	$1,423,500	$178,000	0.000	$0	$0	(CCF22) COLSUBSIDIO	$1,423,500	$28,500	$0	$0	$0	$0	$434,300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,423,500	$1,423,500	$0	$1,423,500	$227,800	$178,000	$0	$28,500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$434,300	$3,500	$437,800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!