

14	Cumplí 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	Asistí 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 asistí 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	Dí 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 RUAF
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:	1072759637	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	17/05/2025	\$ 265.000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/05/2025	\$ 339.200
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	17/05/2025	\$ 11.100
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 615.300

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 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)

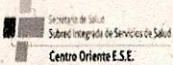
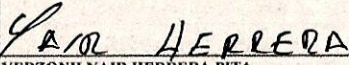
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

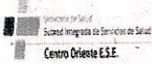
YAIR HERRERA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YERZONH YAIR HERRERA PITA

C.C: 74.376.406

CEL: 3175064033

		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	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	VERZONH YAIR HERRERA PITA		CC:	74376406	
			RUT (NIT):	74376406-1	
CORREO ELECTRÓNICO:	verzonhherreraabajo@gmail.com		TELÉFONO:	3175064033	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50 A SUR 24 45		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 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	26272889383
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5818 2024	Nº CDP:	1366	Nº. RP:	16111
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y OCHO (8) DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$36.007.314
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)	\$ 6.699.600				
SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE					
 VERZONH YAIR HERRERA PITA CC: 74376406 CEL: 3175064033					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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			YERZONH YAIR HERRERA PITA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			74.376.406		
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 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 5818 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				11/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.364.984,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 36.007.314,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6.699.600,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
				4211	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y OCHO (8) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1072759637		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					
Nº DE MODIFICACIÓN:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
				ADICION (4)	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240		PRORROGA (4)	
				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		\$ 4.466.400		TIEMPO PRORROGADO:	
				DIECINUEVE (19) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO 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.					
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo dDEL 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			

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-05-17, 08:18:58 AM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2025
Empresa	YERZONH YAIR HERRERA PITA
CEDULA CIUDADANIA	CC 74376406
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1072759637
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1488404794
Banco	(1006) - BANCO ITAU
Valor	\$ 621.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 339.200	\$ 3.200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 265.000	\$ 2.500
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 11.100	\$ 200
SubTotales:				\$ 615.300	\$ 5.900
Total a Pagar:					\$ 621.200

