| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO**

| | |
|---|---|
| **CON C.C N°** | 1.023.960.548 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | PS 2269 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 1/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | 7.403.520 | | **No. HORAS EJECUTADAS** | 204 | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | 15.886.720 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 1.966.560** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 7 MESES Y 30 DIAS | | | | |

| | |
|---|---|
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 2LV HOSPITAL LA VICTORIA |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | NATALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 |

**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Se prestó el servicio de conformidad con la asignación de actividades acordadas con el supervisor del contrato. |
| 2 | Se Realizo las actividades propias del cuidado de enfermeria cumpliendo los protocolos institucionales previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud. ( recibo y entrega de turno, actividades de enfermería y demás actividades que se deriven del proceso de enfermeria. |
| 3 | Se Notificaron de inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a sus pacientes al médico de turno, jefe inmediato y en el sistema de reporte. |
| 4 | Informar a la enfermera jefe del servicio y al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 5 | Revisar la Historia clínica de los pacientes asignados conociendo su evolución diaria, tratamiento, para realizar el plan de cuidado de Enfermería integral del paciente. |
| 6 | Diligenciar los registros de las atenciones, procedimientos, actividades e intervenciones, que permita mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la normatividad vigente y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. |
| 7 | Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás politicas Institucionales. |
| 8 | Responder por los inventarios, realizar control, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades. |
| 9 | Ofrecer trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana según politica institucional de humanización. |
| 10 | Mantener la reserva y confidencialidad de la información clínica y personal de los pacientes, dando cumplimiento a la resolución 1995 y al manual de manejo de historia clinica establecido por la |
| 11 | Realizar asesorías pretest y pruebas rápidas en los diferentes servicios intramurales y extramurales según solicitudes realizadas generando el respectivo registro en la historia clinica, planillas e informes garantizando que se realicen los respectivos informes. |
| 12 | Realizar búsqueda activa de población clave, realizando todo el proceso correspondiente para el diagnóstico. |
| 13 | Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales. |
| 14 | Se solicita, Alista, entrega, custodia y retorna limpieza y desinfección del instrumental según el área que corresponda teniendo en cuenta el manual de central de esterilización institucional. |
| 15 | Se cumplio con las actividades propias del servicio y con las asignaciones realizadas por la enfermera coordinadora, lo cual incluye apoyo e instrumentación de procedimientos menores en consultorio, traslado y entrega de muestras de patología. |
| 16 | Se recepciónа, la custodia y entrega oportuna de las historias clínicas de contingencia, formatos de consentimiento informado al archivo de gestión documental, realizado el registro en el formato |
| 17 | Apoya actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. |
| 18 | Se realizo limpienza recuerente entre semana y fines de semana desinfeccion terminal para mantener limpio y ordenada la unidad del paciente. |
| 19 | Ejecuto los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clinica de heridas. |
| 20 | Velar por el cuidado y aprovechamiento de los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio. |
| 21 | Se realizo la revision diaria del inventario correspondiente al area. |
| 22 | Diligenciar en forma adecuada cada uno de los formatos establecidos y realizar el registro y lectura a diario de termo hidrometria del servicio. |
| 23 | Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades. |
| 24 | Se realizo la partipacion en las reuniones y capacitaciones programadas. |
| 25 | Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado. |

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

***SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1073316691 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **FAMISANAR** | 11/06/2025 | $ 178.000 |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | 11/06/2025 | $ 227.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SEGUROS BOLIVAR** | 11/06/2025 | $ 34.700 |
| **OTRO** | **CCF** | 11/06/2025 | $ 28.500 |
| | **TOTAL PAGADO** | | $ 469.000 |

**V. 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.

**VI. ANEXOS**
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO<br>CC No 1023960548 |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | MARIA ANGELICA SAENZ JIMENEZ<br>SUPERVISOR ALTERNO |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | NATALY DUQUE SALAZAR<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO | **CC:** | 1023960548 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | JUANTOCASUCHE@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3209131503 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 48 SUR 4 ESTE 90 | **CIUDAD:** | BOGOTA |

| **Manifiesto bajo la gravedad del juramento** | |
|---|---|
| **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.

| | | |
|---|---|---|
| **Régimen 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:** | ***2170090654*** |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 2269 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 1966560** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 1/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 31/08/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/06/2025 al 30/06/2025 | | |

**JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO**
**C.C 1023960548**
**Cel: 3209131503**

PS 2269

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-12, 07:48:02 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1073316691

Periodo Cotización: mayo de 2025 Periodo Servicio: mayo de 2025

PAGADA 11/06/2025

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | JUAN DIEGO TOCASUCHE | | |
| Documento | CC1023960548 | Dirección | CL 48 SUR #3 EST - 90 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3209131503 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | SEGUROS BOLIVAR |

## 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 APP | 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 1023960548 | JUAN DIEGO TOCASUCHE QUINTERO | 57 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $1,423,500 | $227,800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $1,423,500 | $178,000 | 2.436 | $1,423,500 | $34,700 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $1,423,500 | $28,500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $469,000 |

## 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 | $1,423,500 | $1,423,500 | $227,800 | $178,000 | $34,700 | $28,500 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $469,000 | $0 | $469,000 |



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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