		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO</b>					
<b>CON C.C.N°</b>			<b>79.806.682</b>		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 4851 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 7.034.160		No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 9.404.850		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		4 MESES 17 DIAS			
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>			UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Recibí y entrego turno de acuerdo a los protocolos de la entidad				
2	Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado.				
3	Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas establecidas para cada procedimiento				
4	Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud				
5	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.				
6	Informé al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.				
7	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados				
8	Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soporte en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.				
9	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales				
10	Realicé por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil				
11	Realicé seguimiento de inventario y se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes				
12	Apliqué, acato y cumpro con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato				
13	Realicé la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo establecido para ello y segun patologia del paciente.				
14	Repucé en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.				
15	Recibí y entrego al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.				
16	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño				
17	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.				
18	Impartí educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos de acuerdo a la situacion clinica del paciente.				
19	Mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes				
20	Ejercí las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.				
21	Realicé la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad.				
22	Recibí y entrego las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.				
23	Conocí y cumpro la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento				
24	Utilicé el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.				
25	Conocí y cumpro con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.				
26	Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>					
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 del (01-06-2025) AL (30/06/2025)

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

No. DE PLANILLA:	1072643896	OPERADOR:	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	ALIANSA SALUD	11/06/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/06/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		
OTRO			S
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 405.800</b>

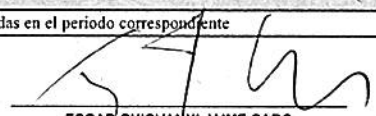

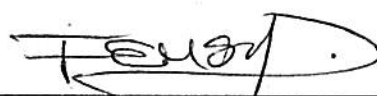
**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 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 ibr se calculo 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.

**VI. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 <b>ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO</b> CC No 79.805.682
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>Johon Jairo Rodriguez A</b> C.C. 9.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b> CEDULA 15906500 DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05



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: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO	CC:	79806682
CORREO ELECTRÓNICO:	guiovanni_caro@yahoo.es	TELÉFONO:	3041134094
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 27 8-26	CIUDAD:	BOGOTA D.C.

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	BANCO BOGOTA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 25454844

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4851 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.003.400
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO  
CEDULA 79.806.682  
CELULAR 3041134094



# 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	2025-06-11, 09:22:36 PM en horario extendido
Período de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2025
Período de Cotización Para Salud	mayo de 2025
Empresa	ESGAR GUIOVANNI JAIME CARO
CEDULA CIUDADANIA	CC 79806682
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8823057742 / 1072643896
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	((1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 405.800.
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

NIT	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSA SALUD	1	\$ 178.000	\$ 0

SubTotales: \$ 405.800 \$ 0  
Total a Pagar: \$ 405.800

