
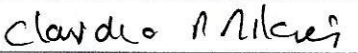


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO- GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YERZONH YAIR HERRERA PITTA			
		CON C.C N°	74.376.406
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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	No. HORAS EJECUTADAS	168
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 52.532.994	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.252.960
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 20 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente		
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica		
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de 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	Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
5	Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en los casos que se requirió en el proceso de atención		
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E		
7	Porte 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		
8	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
9	Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria		
10	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.		
11	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad		
12	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para el cabal cumplimiento de las actividades		
13	Brinde trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
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	Asisti 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	Respondi y asisti 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	Di 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 2		
23	Efectue 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	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.		
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.			
	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:	1073401430	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTITAS	16/06/2025	\$ 300,000
PENSIÓN:	PORVENIR	16/06/2025	\$ 384,000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	16/06/2025	\$ 12,600
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 696,600
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 lbe 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 cps, 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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	_____ YERZONH YAIR HERRERA PITA CC No 74376406		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15.906.500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR CONTRATO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH		



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YERZONH YAIR HERRERA PITA	CC:	74.376.406
CORREO ELECTRÓNICO:	yerzonhherreratrabajo@gmail.com	TELÉFONO:	3175064033
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 50 A SUR 24 45	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	26272889383
-----------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5818 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.252.960 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01-06-2025 AL 30-06-2025 ✓		

YERZONH YAIR HERRERA PITA
CEDULA: 74376406
CELULAR: 3175064033

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 2025-06-16, 06:49:20 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos mayo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud mayo de 2025
Empresa YERZONH YAIR HERRERA PITA
CEDULA CIUDADANIA CC 74376406
Código Sucursal (Nombre) ()
Referencia de Pago/ Número Planilla 1073401430
Tipo de Planilla i
Número Transacción Bancaria/ CUS 1557031766
Banco (1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor \$ 702.100
Estado de la Transacción Aprobada
Dirección IP de Origen 172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 384.000	\$ 3.000
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 300.000	\$ 2.400
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 12.600	\$ 100
SubTotales:				\$ 696.600	\$ 5.500
Total a Pagar:					\$ 702.100

