**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: 5**
**FECHA: 2024-09-09**

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-07-2025)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO** | | | **CC:** | **1015429407** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | **JHONSEBASTIAN@MSN.COM** | | | **TELÉFONO:** | **3505336855** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **KR 93B 34 SUR 15** | | | **CIUDAD:** | **BOGOTA** |
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **BANCO DAVIVIENDA S.A.** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **004870416205** |

| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 2087 2025** | **N° CDP:** | **1** | **N°. RP:** | **0** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO ( 4 ) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **2025/01/02** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **2025/04/30** | | |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 2025/07/01 AL 2025/07/31** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 2.003.400** | | | | | |

*JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO*
*PS_2087_2025_B203F9-2025-07-16 10:37:09*

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO**
**CC: 1015429407**
**CEL: 3505336855**

CamScanner

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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077
**VERSIÓN:** 2
**FECHA:** 2025-06-09

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | |
| **JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO** | | | |
| | **CON C.C N°** | **1.015.429.407** | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 2087 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2025/01/02** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 10.684.800 | **No. HORAS EJECUTADAS** | **180** |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 10.684.800 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 2.003.400 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | CUATRO ( 4 ) MESES | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | HOSPITAL SAN BLAS | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE | | |

| ITEM | II. 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 | Informé al profesional de enfermería y/o al médico tratante, sobre los cambios del estado clínico de los pacientes en forma oportuna y adecuada. |
| 2 | Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados |
| 3 | Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad. |
| 4 | Recibí y entregué las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo con lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad. |
| 5 | Conocí y cumplí la política de seguridad del paciente reporte eventos adversos e incidentes que servirán para formular acciones o planes de mejoramiento |
| 6 | Utilicé el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO. |
| 7 | Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programaron desde la entidad |
| 8 | Cumplí Las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato |
| 9 | Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales |
| 10 | Realicé los inventarios, conserve y use adecuadamente los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil. |
| 11 | Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato |
| 12 | Recibí y entregué turno de acuerdo con los protocolos de la entidad |
| 13 | Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud |
| 14 | Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridas a los pacientes, al médico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello. |
| 15 | Realicé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida según condición clínica informe al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registré en la historia clínica del traslado. |
| 16 | Orienté a los familiares de los pacientes trasladados para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento |
| 17 | Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente. |
| 18 | Realicé seguimiento e inventario en los formatos MI-UR-FT-032 ambulancia básica y MI-UR-FT-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes, según la programación de referencia. |
| 19 | Realicé la desinfección y registré en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfección terminal y de acuerdo con el protocolo establecido para ello y según patología del paciente. |
| 20 | Solicite en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado. |
| 21 | Recibí y entregué al paciente con el profesional de enfermería del servicio correspondiente de acuerdo con la unidad de origen y de destino. |
| 22 | Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales. |
| 23 | Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana. |
| 24 | Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos de acuerdo a la situación clínica del paciente. |
| 25 | Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes |

CamScanner

| | |
|---|---|
| 26 | Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo con el objeto contractual y las necesidades del servicio. |

**III. 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 (2025-07-01) AL (2025-07-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | N° 1073399149 | OPERADOR: | SIMPLE |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 2025/07/10 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 2025/07/10 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 2025/07/10 | $ 0 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 405.800 |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

| | |
|---|---|
| **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** | *JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO*<br>*PS_2087_2025_B203F9-2025-07-16 10:37:09*<br>**JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO**<br>**CC: 1015429407** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO** | *JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE*<br>*PS_2087_2025_B203F9-2025-07-16 17:33:55*<br>**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

CamScanner

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-14, 10:25:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073399149

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025

## PAGADO 10/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO | | |
| **Documento** | CC1015429407 | **Dirección** | CR 93B SUR #34 - 15 TORRE 2 APTO 1002 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3505336855 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del 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 ARP | 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 1015429407 | JOAN SEBASTIAN MARENTES TRIVIÑO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 |

### 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 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 405.800 | $ 2.300 | $ 408.100 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.