| | | |
|---|---|---|
| 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 | CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | |
| DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | | | | |
| | CON C.C Nº | 1.033.729.679 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5715 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 9/12/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 2.078.451 | No. HORAS EJECUTADAS | 199 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.225.347 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.221.437 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 7 MESES 22 DIAS | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - 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 especificas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Preste servicios como auxiliar de enfermeria para la Unidad Funcional de Atencion Prehospitalaria, en el marco de los estandares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitacion de servicios de salud vigente. |
| 2 | Estuve presente en el momento de las entregas y recibos de turno, registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulacion para el desarrollo del objeto. |
| 3 | Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clinica del Programa de Atencion Prehospitalaria según criterios y normatividad vigente, ademas de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clinica. |
| 4 | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atencion dado por la Direccion Centro Regulados de Urgencias y Emergencias (DUES), gararantizando la oportunidad y continuidad de la atencion durante los procesos de atencion, cumpliendo con los procedimientos de guias y protocolos de la Subred Centro Oriente, para la atencion de pacientes en el Programa de Atencion Prehospitalaria |
| 5 | Cumpli con el procedimiento de entrega y recibo de programacion de actividades, con registros de novedades, ademas de el, las necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la movil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomedicos asignados al Programa de Atencion Prehospitalaria |
| 6 | Di un correcto uso a los elementos tecnologico (celular institucional, tablet), asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, asi como garantizar el uso permanente de dichos dispositivios para mantener comunicación efectiva y oportunida con el lider de la unidad funcional o con quien el lo designe. |
| 7 | Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificacion por el CRUES |
| 8 | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a los establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como contratista OP de la Subred Centro Oriente E.S.E |
| 9 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 10 | Implemente las listas de chequeo para monitorizacion y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfeccion de los vehiculos de emergencia. |
| 11 | Realice informe y registro oportuno de datos criticos. |
| 12 | Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad. |
| 13 | Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. |
| 14 | Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual |

| | |
|---|---|
| 15 | Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, condidencialidad de la informacion que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades. |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomedicos al area respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o aseguradora. |
| 17 | Aplique las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad insitucional. |
| 18 | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion. |
| 19 | Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informes de cuentas de cobro, certificados de pago de aporte de seguridad social y demas soportes, para el pago de mis honorarios |
| 20 | Realice las demas actividades asisgnadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto contractual y la ejecucion del Convenio 6677277-2024 APH dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato, contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato |

**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 (01-07-2025) AL (31/07/2025)

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1073389115 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **FAMISANAR** | 16/07/2025 | **$ 178.000** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 16/07/2025 | **$ 227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | | | |
| **OTRO** | | | **$** - |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 405.800** |

**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** | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ<br>CC No 1033729679 |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br>**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**<br>**LIDER PROGRAMA APH** |

| | | |
|---|---|---|
| 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: 31/07/2025 | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | | | CC: | 1.033.729.679 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | jimenez17-@hotmail.com | | | TELÉFONO: | 3133665560 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CALLE 65 #19D-27 SUR | | | CIUDAD: | BOGOTÁ DC |
| 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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 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: | 488449305694 |

| DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | |
|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5715 2024 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | $ 2.221.437 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 9/12/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 31/07/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/07/2025 AL 31/07/2025 | | |

DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ
CEDULA: 1033729679
CELULAR: 3133665560

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-16, 02:57:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073389115

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8840837120

**PAGADO 16/07/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | | |
| **Documento** | CC1033729679 | **Dirección** | CR 18Z SUR #68 D - 34 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3133665560 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificacion | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | CUE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias APF | Dias EPS | Dias ARP | Dias 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 1033729679 | DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 0.000 | $ 0 | $ 0 | (NN-CCI) 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 | $ 0 | $ 405.800 |



Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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.