| | | |
|---|---|---|
| | 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 | | | | |
| ESNEIDER LONGAS MATOMA | | | | |
| | CON C.C Nº | 1.022.435.403 | | |
| 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 5718 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 9/12/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 2.078.451 | No. HORAS EJECUTADAS | 240 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.225.347 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.679.120 |
| 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<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Presté los servicios como auxiliar de enfermería para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente |
| 2 | Realice las entregas y recibos de turno de manera presencial |
| 3 | Diligencie oportuno, completo y adecuadamente 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 | Di respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atención dado por la dirección Centro regulador de Urgencias y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención durante los procesos de atención, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Centro Oriente para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. |
| 5 | Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria |
| 6 | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades. |
| 7 | Verifique el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE. |
| 8 | Porté 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. |
| 9 | Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad |
| 10 | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia |
| 11 | Informe y registre oportunamente los datos criticos |
| 12 | Reporté y registre los sucesos de seguridad |
| 13 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |
| 14 | Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo |
| 15 | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades |
| 16 | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado |
| 17 | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional |
| 18 | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos |
| 19 | Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad |
| 20 | Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios |
| 21 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del 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 | X | |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal | 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: | 1073365619 | 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: | | | $ 0 |
| OTRO | MORA | 16/07/2025 | $ 3.600 |
| TOTAL PAGADO | | | $ 409.400 |

**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.

**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** | Esneider Longas<br>**ESNEIDER LONGAS MATOMA**<br>**C.C No 1022435403** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | Claudia P. Milanes<br>**CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911**<br>**LIDER PROGRAMA APH** |

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTIÓN 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: | ESNEIDER LONGAS MATOMA | CC: | 1.022.435.403 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | sneider.316.longas@gmail.com | TELÉFONO: | 3164926431 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 15B 4C 40 | CIUDAD: | SOACHA (CUNDINAMARCA) |

**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: | 550488415485520 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5718 2024 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | $ 2.679.120 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 9/12/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 31/07/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/07/2025 AL 31/07/2025 | | |

Esneider Longas

**ESNEIDER LONGAS MATOMA**
**CEDULA: 1022435403**
**CELULAR: 3164926431**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-07-16, 02:46:48 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073365619

**Periodo Cotización:** junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822721166

**PAGADO 16/07/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ESNEIDER LONGAS MATOMA | | |
| **Documento** | CC1022435403 | **Dirección** | CR 15B #4 C - 40 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3164926431 |
| **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 1022435403 | ESNEIDER LONGAS MATOMA | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 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 | $ 3.600 | $ 409.400 |



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.