Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	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				
JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA				
	CON C.C N°	1.024.600.737		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5776 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404	No. HORAS EJECUTADAS	192	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.677.372	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.143.296	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	7 MESES 21 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 específicas realizadas durante el mes)
1	Presté los servicios como auxiliar de enfermeria 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 autorizò que los impuestos que debe cancelar para la legalizaciòn del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaraciòn del informe de ejecuciòn de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactòriamente 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:	33728026	OPERADOR:	ASOPAGOS SA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	08/07/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	08/07/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			$ 0
OTRO			$ 0
TOTAL PAGADO			$ 405.800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2 - Que realice 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 fotograficas y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	JEFREY WILMEZ VILLANUEVA CC No 1024600737
FIRMA DE QUIEN VALIDA	JOSE OCTAVIANO HERRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA API

	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: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA**	**CC:**	**1.024.600.737**
CORREO ELECTRÓNICO:	JEFRYWILCHESVILLANUEVA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3132908684**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 62G 74 34 SUR	**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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**550048020432702**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 5776 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.143.296**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/07/2025**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/07/2025 AL 31/07/2025**		

Jefrey Wilchez V.

JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
CEDULA:1024600737
CELULAR:3132908684

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1024600737
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-09
FECHA DE PAGO:	2025-07-08
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33728026
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33728026
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 405.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/08/2025