


|  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-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09 | |
|---|--|--|-----------------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | |
| ALEXANDER ALFONSO BARON | | | |
| | | CON C.C.Nº 79.575.885 ✓ | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA 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 4874 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 17/02/2025 ✓ |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.576.755 ✓ | No. HORAS EJECUTADAS | 252 ✓ |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 14.379.016 ✓ | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$ 2.344.860 ✓ |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | 6 MESES 14 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 | Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes. | | |
| 2 | Realice la prestación del servicio como apoyo administrativo logístico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. | | |
| 3 | Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. | | |
| 4 | Garantice el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. | | |
| 5 | Di cumplimiento del procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales garantizando la operatividad de la unidad móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a la unidad móvil asignada del Programa de Atención Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional. | | |
| 6 | Garantice el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. | | |
| 7 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | | |
| 8 | Garantice oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria. | | |
| 9 | Reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa | | |
| 10 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades. | | |
| 11 | Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. | | |
| 12 | Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. | | |
| 13 | Atendí oportunamente las indicaciones del líder de la tripulación en el desarrollo de la prestación del servicio de los incidentes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias. | | |
| 14 | Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades. | | |
| 15 | Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. | | |
| 16 | Realice revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias | | |
| 17 | Garantice la asistencia 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. | | |

| | |
|----|---|
| 18 | Realice el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehiculo de emergencia asignado. |
| 19 | Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehiculo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial. |
| 20 | Garantice la participación en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 21 | Cumpli del 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.

| 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 **01/08/2025 AL 31/08/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| No. DE PLANILLA: | 1073899089 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---------------------|------------|---------------|-------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 23/07/2025 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 23/07/2025 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | | | |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | \$ 405.800 |

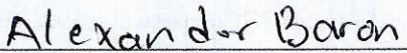

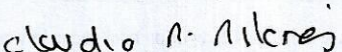
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 afiliación 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 actividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|--|--|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |  ALEXANDER ALFONSO BARON CC No 79575885 |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA |  JOSÉ OCTAVIANO BARRERA 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 APH |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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: 31/08/2025 ✓

| | | | |
|----------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | ALEXANDER ALFONSO BARON | CC: | 79.575.885 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | ALEXBARON@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 317 7554107 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 25 2 26 | 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 | Nº CUENTA: | 055048850712416 |
|--------------------------|------------|-----------------|---------|------------|-----------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|--------------------------|----------------------------|--|----------------|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 4874 2025 ✓ | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.344.860 ✓ |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 17/02/2025 ✓ | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | 31/08/2025 ✓ |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓ | | |

Alexander Baron

ALEXANDER ALFONSO BARON

CEDULA: 79575885

CELULAR: 317 7554107

| No. | Name | Address |
|-----|------|---------|
| 1 | ... | ... |
| 2 | ... | ... |
| 3 | ... | ... |
| 4 | ... | ... |
| 5 | ... | ... |
| 6 | ... | ... |
| 7 | ... | ... |
| 8 | ... | ... |
| 9 | ... | ... |
| 10 | ... | ... |
| 11 | ... | ... |
| 12 | ... | ... |
| 13 | ... | ... |
| 14 | ... | ... |
| 15 | ... | ... |
| 16 | ... | ... |
| 17 | ... | ... |
| 18 | ... | ... |
| 19 | ... | ... |
| 20 | ... | ... |
| 21 | ... | ... |
| 22 | ... | ... |
| 23 | ... | ... |
| 24 | ... | ... |
| 25 | ... | ... |
| 26 | ... | ... |
| 27 | ... | ... |
| 28 | ... | ... |
| 29 | ... | ... |
| 30 | ... | ... |
| 31 | ... | ... |
| 32 | ... | ... |
| 33 | ... | ... |
| 34 | ... | ... |
| 35 | ... | ... |
| 36 | ... | ... |
| 37 | ... | ... |
| 38 | ... | ... |
| 39 | ... | ... |
| 40 | ... | ... |
| 41 | ... | ... |
| 42 | ... | ... |
| 43 | ... | ... |
| 44 | ... | ... |
| 45 | ... | ... |
| 46 | ... | ... |
| 47 | ... | ... |
| 48 | ... | ... |
| 49 | ... | ... |
| 50 | ... | ... |

ALKALINE
 SYSTEMS
 CHAIRMAN



Vertical text on the left side of the page, possibly a page number or reference code.

Main body of the document containing several paragraphs of text, likely a report or letter. The text is faint and difficult to read.



BYCOG WYTEI

Vertical text on the right side of the page.