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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ				
CON C.C N°	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	190	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.934.151	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.120.970	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 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	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	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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074226530	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/08/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	$ 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 CC No 1033729679
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

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 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:	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 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:	488449305694

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5715 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 2.120.970
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ
CEDULA:1033729679
CELULAR:3133665560

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-15, 10:43:41 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074226530

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

PAGADO 15/08/2025

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
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC LR	AVP	VCT	IRP	Días PENSIÓN	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 1033729679	DIEGO ALEXANDER JIMENEZ RODRIGUEZ	03	00																		0	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0.000	$ 0	$ 0	(NN-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	$ 0	$ 405.800

Lineas 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.