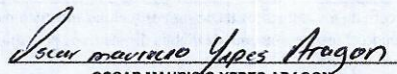
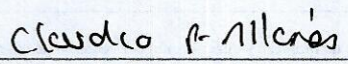
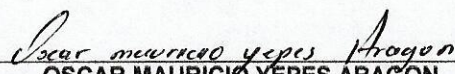


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT- 077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON					
CON C.C.Nº		1.022.979.266			
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 5788 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.011.404		No. HORAS EJECUTADAS	
				187	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 16.158.300		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.087.481	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 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			
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)					
ITEM					
1	Realice la prestación del servicio como auxiliar de enfermería 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.				
2	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.				
3	Garantice el adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.				
4	Brinde 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 Pre hospitalaria.				
5	Presente cumplimiento on el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.				
6	Garantice el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados al vehiculo de emergencia asignado por la Subred para el desarrollo de las actividades, garantizando el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.				
7	Realice el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE				
8	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.				
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
10	Realice los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente				
11	Realice el informe y registro oportuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil				
12	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa				
13	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.				
14	Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
15	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.				
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora.				
17	Aplique las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.				
18	Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.				

19	Garantice el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.		
20	Cumplí del trámite 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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074256665	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR EPS	15/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	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 ibe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON CC No 1022979266	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIO 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 – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON			CC:	1.022.979.266
CORREO ELECTRÓNICO:	oscar192yepes@hotmail.com			TELÉFONO:	3116856039
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cl 77 sur 14 63 in 1			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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24097454157
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5788 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.087.481		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
 OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON CEDULA: 1022979266 CELULAR: 3116856039					

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-19, 04:06:34 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: julio de 2025

Período Servicio: julio de 2025

Número Planilla: 1074256665

Referencia pago (PIN): 8802365819

PAGADO 15/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON
Documento	CC1022979266
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	RDG	RET	ST	TAE	TAP	VSP	COH	VAL	STL	KGE	1.MA	VAL	Dias AFP	Dias EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESAP	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte Caja	Total						
CC-1022979266	OSCAR MAURICIO YEPES ARAGON	03	00													0	30	30	0	0	(25-41) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS077) FAMILIAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,000	\$ 0				\$ 0	(NIV-CC) NINGUNA CCF			\$ 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 Sema	Aportes CBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Salidas 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	\$ 0	\$ 0	\$ 405.800



THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

1000 S. EAST ASIAN AVENUE, CHICAGO, ILL. 60607-7073

TEL: (773) 936-3000 FAX: (773) 936-3001

WWW.CHICAGO.LIBRARY.EDU

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY

CHICAGO LIBRARY