 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACION 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 DAVID MAURICIO PUENTES CONTRERAS			
CON C.C N°		1.013.665.534	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO GESTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS 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 4452 2025	FECHA INICIO CONTRATO	31/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.524.103	No. HORAS EJECUTADAS	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 24.860.529	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.980.275
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	8 MESES		
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	Desarrollé las actividades que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas en la USS San Blas como base del Programa de APH.		
2	Cumplí con el objeto del contrato como gestor externo , de manera personal y autónoma.		
3	Cumplí con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato		
4	Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartió la SUBRED a través del supervisor del contrato.		
5	Ejecuté oportunamente mis obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formula la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia secretaria de salud.		
6	Preparé y presenté conforme a su competencia el informe de gestión de liberación de camillas.		
7	Apoyé con la supervisión y seguimiento de contratos en relación con las novedades y asistencia en cada uno de los 15 turnos		
8	Apoyé la ejecución de acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que hubo lugar durante el acompañamiento a las tripulaciones		
9	Asistí a la capacitación brindada el 18 de septiembre del 2025 sobre agitación psicomotora y sujeción de pacientes en APH y asistí el 19 de septiembre a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.		
10	Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social		
11	Apoyé la verificación del cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación a cada uno de los colaboradores en cada uno de los turnos		
12	Asistí y aprobé los procesos de actualización presenciales y virtuales, inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.		
13	Conocí, promoví y apliqué las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.		
14	Cargué mensualmente a la plataforma Secop II el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supervisor de contrato.		
15	Acaté las instrucciones que durante el desarrollo del contrato impartió la SUBRED a través del supervisor del contrato.		
16	Cumplí con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. 9		
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.		
18	Asistí a la capacitación brindada el 18 de septiembre del 2025 sobre agitación psicomotora y sujeción de pacientes en APH y asistí el 19 de septiembre a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.		
19	Apoyé la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, llevando puntos de control, y realice el alistamiento y entrega de los insumos a cada una de las móviles donde correspondió en cada uno de los turnos realizados.		
20	Entregué 15 turnos de manera presencial al compañero con las novedades que se presentaron en el turno		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 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

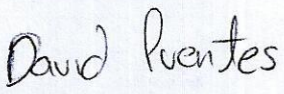
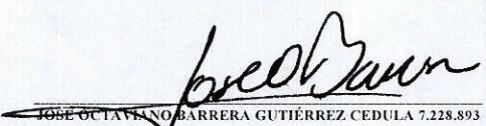
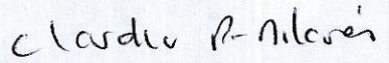
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01-09-2025) AL (19/09/2025)**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89257973	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/09/2025 ✓	\$ 178.500
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025 ✓	\$ 228.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/09/2025 ✓	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.700

- 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 DAVID MAURICIO PUENTES CONTRERAS CC: 1013665534
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TÉCNICO 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 CC 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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAVID MAURICIO PUENTES CONTRERAS	CC:	1013665534
CORREO ELECTRÓNICO:	DMPUENTES@FUCSALUD.EDU.CO	TELÉFONO:	3007015339
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 3 #51 B 25 sur	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C

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:	570004870303825
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4452 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.980.275
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	19/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 19/09/2025		

David Puentes

DAVID MAURICIO PUENTES CONTRERAS
CEDULA 1013665534
CELULAR: 3007015339

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013695534	DAVID MANUJICO PUENTES CONTRERAS	Cra3 # 51 B 25 Sur	7692477	dmpuentes@ucsalud.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I-Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1	12092025	89257973	TOTAL A PAGAR
2025-08	2025-08				\$441,700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	178.000	0	0	0	0	0	0	4	500	0	178.500	1

TOTALES PENSION													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Ponvenir	860224808-8	227.800	0	0	0	0	0	4	600	0	228.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Fosiliva Seguros	86001153-6	34.700				34.700	4	100	34.800		34,7		34.800	1

TOTALES CAJAS													
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados						
TOTALES PARAFISCALES													
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados									
SENA													
0	4	0	0	0									
ICBF													
0	4	0	0	0									
ESAP													
0	4	0	0	0									
MEN													
0	4	0	0	0									
TOTALS													
0	4	0	0	0									

TOTALES POR SUBSISTEMA					
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.500	1	178.500
Pension	1	227.800	228.400	1	228.400
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800	1	34.800
CCF	0	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0	0
TOTALS	3	440.500	441.700	3	441.700

