 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 JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL			
CON C.C N°		1.033.801.153	
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. CONVENIO APH		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:	PS 5709 2025	FECHA INICIO CONTRATO	12/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.529.741	No. HORAS EJECUTADAS	168 ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.345.254	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.875.384 ✓
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 19 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	Realicé 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	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (9 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).		
3	Garanticé 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 (21 registros de atenciones registrados en plataforma Netux)		
4	Brindé 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	Presenté 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. (9 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux).		
6	Garanticé el uso correcto de los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet) asignados al vehículo 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	Realicé el proceso de verificación del alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE.(9 registros en preoperacional registrados en plataforma Netux y 9 registros de control de temperatura).		
8	Garanticé 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	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
10	Realicé los procesos de limpieza y desinfección del vehículo de emergencia asignado, garantizando la seguridad del paciente (9 registros de limpieza y desinfección registrados en aplicativo Netux).		
11	Realicé el informe y registro oportuno de los datos criticos en el desarrollo de las actividades propias del perfil		
12	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.		
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.		
14	Garanticé 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	Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora, mediante entrega a gestor externo de la unidad funcional.		
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.		
18	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. - Reunión efectuada por parte de la supervisión en el mes en referencia.		

19	Garanticé el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	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 **01/09/2025 AL 30/09/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9490953301	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS EPS	15/09/2025		\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	15/09/2025		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 405.800


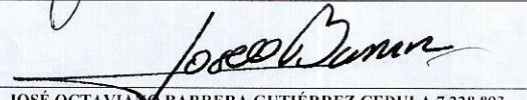
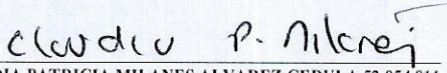
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL CC No 1033801153
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 API



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:	JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL	CC:	1.033.801.153
CORREO ELECTRÓNICO:	JSTIVEN-16@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3108514864
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 B29 20	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.

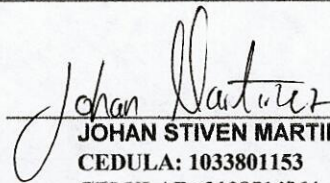
SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488424891452
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5709 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.875.384
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		


JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL
CEDULA: 1033801153
CELULAR: 3108514864



NAME	ADDRESS	CITY	STATE
JOHN & JUDY MARTINEZ	12345 MAIN ST	LOS ANGELES	CA
MRS. J. SMITH	56789 PARK BLVD	NEW YORK	NY
DR. W. BROWN	10101 RIVER RD	CHICAGO	IL
MR. T. GREEN	20202 OCEAN DR	HOUSTON	TX
MS. L. WHITE	30303 MOUNTAIN AVE	DENVER	CO
MR. R. BLACK	40404 VALLEY RD	PHOENIX	AZ
MRS. K. RED	50505 HILLSIDE LN	SAN FRANCISCO	CA
DR. S. BLUE	60606 SUNSHINE BL	MIAMI	FL
MR. D. GOLD	70707 STARBUCKS DR	SEATTLE	WA
MS. N. SILVER	80808 CLOUDS CT	PORTLAND	OR
MR. P. BRONZE	90909 RAINBOW RD	SAN DIEGO	CA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MARTINEZ BERNAL JOHAN STIVEN		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Calle 538 No. 29-20 sur		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		6014824		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Banco		Dias Mora		Valor	
Período	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	2025/09/11	2025/09/15	NEQUI		4				\$466,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES				
					IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000												
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000												
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000												
1	CC 103380113	JMARTINEZ JOHAN	230201	30	\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000												
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICFB	
Identificación	dV					PRINCIPAL		Calle 518 No. 29-20 sur		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		601-4824		No	
CC 1033801153		MARTINEZ BERNAL JOHAN STIVEN		INDEPENDIENTE											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION															
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor				
2025-08	1777399499	9460953301	1	1	2025/09/11	2025/09/15	NEQUI	4			\$406,900				
RESUMEN DE PAGO															
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR							
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400							
PROTECCION				1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400							
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500							
SANITAS				1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500							
TOTAL				1	\$405,800	\$1,100	\$0	\$406,900							