

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 WILSON DAVID BARAJAS HERRERA			
CON C.C N°		80.210.464	
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 5713 2024	FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.309.988	No. HORAS EJECUTADAS	228
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.939.788	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.121.540
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	9 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 específicas realizadas durante el mes)		
1	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).		
2	Realicé 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	Realicé los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. (21 Registros en plataforma Netux en el desarrollo de las actividades designadas).		
4	Garanticé el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).		
5	Dí 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. (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).		
6	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.		
7	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
8	Garanticé oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.		
9	Reporté de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa mediante el uso de link de asistencia remitido en cada turno por los profesionales de enlace.		
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.		
11	Garanticé 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	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.		
15	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. - Reunión de supervisión efectuada en el mes de referencia.		
16	Realicé revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyando al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).		
17	Garanticé 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	Realicé el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).
19	Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial (15 Registros en preoperacional plataforma Netux).
20	Para el periodo en referencia no se realizaron capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.
21	Cumplí 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 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 30/09/2025**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1075581825	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

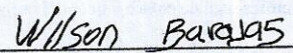
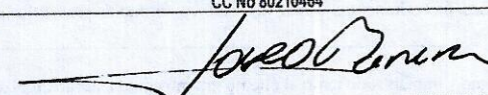

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 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, pensión, 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	 WILSON DAVID BARAJAS HERRERA CC No 80210464
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 – 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: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	WILSON DAVID BARAJAS HERRERA	CC:	80.210.464
CORREO ELECTRÓNICO:	WILSONDAVID4@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	302 3560628
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 25 24 59 SUR	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 párrafo 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	6691887515
--------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5713 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.121.540
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

WILSON BARAJAS

WILSON DAVID BARAJAS HERRERA

CEDULA: 80210464

CELULAR: 302 3560628

TO	FROM	DATE
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998
CITIZENSHIP	WILSON DAVID GARCIA HERRERA	1998
WILSON DAVID GARCIA HERRERA	CITIZENSHIP	1998

WILSON DAVID GARCIA HERRERA
 CITIZENSHIP
 1998



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-09-22, 06:05:16 AM Tipo Planilla 1 Número Planilla 1075581825 Referencia pago(PIN) 8823440283
 Período Cotización 202508 Período Servicio 202508

Cliente:

PAGADA 2025-09-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	WILSON DAVID BARAJAS HERRERA		
Documento	CC 80210464	Dirección	CR 25 #24 - 59 SUR AP 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3023560628
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	Identificación		
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80210464	Residente	N	Apellidos y Nombres	BARAJAS HERRERA WILSON DAVID	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11	Centro de Trabajo	BOGOTA D.C.	Ubicación Laboral	BOGOTA D.C.
Tipo Cotizante	03	Exonerado									

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales															
	Código AFP	Tarifa AFP	ISC AFP	Total Aporte AFP	Código EPS	Tarifa EPS	ISC EPS	Total Aporte EPS	Código ARL	Tarifa ARL	ISC ARL	Total Aporte ARL	Código CCF	Tarifa CCF	ISC CCF	Total Aporte CCF	Código NNCC	Tarifa NNCC	ISC NNCC	Total Aporte NNCC	Código SENA	Tarifa SENA	ISC SENA	Total Aporte SENA	Código ICBF	Tarifa ICBF	ISC ICBF	Total Aporte ICBF				
	25-14	18 %	\$ 1,423,800	\$ 227,800	EP6002	12.5 %	\$ 1,423,800	\$ 178,000	NN-HAR	0.009 %	\$ 0	\$ 0	NNCC	0 %	\$ 0	\$ 0	NNCC	0 %	\$ 0	\$ 0	NNCC	0 %	\$ 0	\$ 0	NNCC	0 %	\$ 0	\$ 0	NNCC	0 %	\$ 0	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	NINGUNA ARP	SENA	ICBF	ESAP	MEN	\$ 405.800
\$ 227,800	\$ 0	\$ 0	\$ 178,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0



