

| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.<br>APOYO - GESTION DE CONTRATACION<br>FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO<br>DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSION: 2<br>FECHA: 2025-06-09 |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |              |
| JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |              |
| CON C.C.Nº                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.024.600.737                                           |              |
| 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 5776 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | FECHA INICIO CONTRATO                                   | 10/12/2024   |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                      | \$ 2.011.404                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No. HORAS EJECUTADAS                                    | 180          |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                    | \$ 21.240.252                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:               | \$ 2.009.340 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                     | 9 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |              |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                            | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                    |                                                         |              |
| 1                                                                                                                                                                                                                               | Presté los servicios como auxiliar de enfermería como gestor interno de liberación de camillas para la Unidad Funcional de Atención Pre-hospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente                                                                                                                 |                                                         |              |
| 2                                                                                                                                                                                                                               | Para las actividades que desempeño no aplica la entrega y recibo de turno, sin embargo, me uno al proceso de recepción y entrega de turno de los gestores externos, durante los 15 turnos realizados                                                                                                                                                                                     |                                                         |              |
| 3                                                                                                                                                                                                                               | Diligencie oportuno, completo y adecuadamente los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia en el turno que realice como apoyo a la coordinación. Realice el adecuado registro de la gestión de liberación en todos los casos          |                                                         |              |
| 4                                                                                                                                                                                                                               | Di 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 Prehospitalaria. |                                                         |              |
| 5                                                                                                                                                                                                                               | Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las del Programa de Atención Prehospitalaria                                       |                                                         |              |
| 6                                                                                                                                                                                                                               | Di un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |              |
| 7                                                                                                                                                                                                                               | Verifiqué el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |              |
| 8                                                                                                                                                                                                                               | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.                                                                                                                                                                                      |                                                         |              |
| 9                                                                                                                                                                                                                               | Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |              |
| 10                                                                                                                                                                                                                              | Aplique las listas de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto los protocolos de limpieza y desinfección de los vehículos de emergencia                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |              |
| 11                                                                                                                                                                                                                              | Informe y registre oportunamente los datos críticos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |              |
| 12                                                                                                                                                                                                                              | para la actividad realizada no aplica el reporte de sucesos de seguridad, sin embargo, dentro de mis actividades y el contacto con la tripulación se socializa la Política de seguridad del paciente a los tripulantes con los cuales interactuo.                                                                                                                                        |                                                         |              |
| 13                                                                                                                                                                                                                              | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |              |
| 14                                                                                                                                                                                                                              | Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |              |
| 15                                                                                                                                                                                                                              | Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |              |
| 16                                                                                                                                                                                                                              | Garantice la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva cuando los vehículos son direccionados al taller y/o asegurado, en los casos en los cuales e apoya las unidades móviles                                                                                                                                                                                     |                                                         |              |
| 17                                                                                                                                                                                                                              | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional                                                                                                                                                                                                                                              |                                                         |              |
| 18                                                                                                                                                                                                                              | Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando fueron requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         |              |
| 19                                                                                                                                                                                                                              | Controlé adecuadamente el uso de los elementos de protección personal y bioseguridad                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |              |
| 20                                                                                                                                                                                                                              | Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios                                                                                                                                                          |                                                         |              |
| 21                                                                                                                                                                                                                              | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del 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 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 **cláusula "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)**

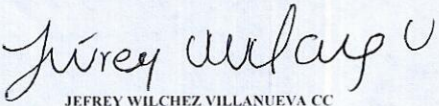
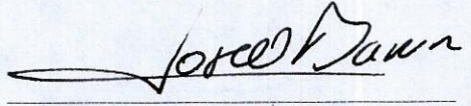
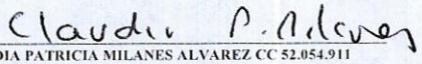
| No. DE PLANILLA:    | 34362231     | OPERADOR:     | ASOPAGOS          |
|---------------------|--------------|---------------|-------------------|
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO      |
| SALUD:              | SANITAS      | 8/09/2025     | \$ 178.000        |
| PENSIÓN:            | COLPENSIONES | 8/09/2025     | \$ 227.800        |
| RIESGOS LABORALES:  |              |               |                   |
| OTRO                |              |               |                   |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |              |               | <b>\$ 405.800</b> |

**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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV ( 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)

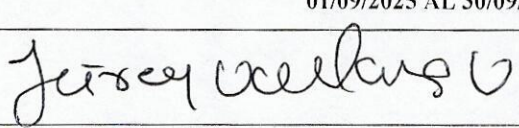
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                 | <br>JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA CC<br>CC: 1024600737                                                                       |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA                                                                          | <br>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893<br>DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | <br>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911<br>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:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA        |                                                  | CC:          | 1.024.600.737              |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | JEFRYWILCHESVILLANUEVA@GMAIL.COM |                                                  | TELÉFONO:    | 3132908684                 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CL 62G 74 34 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 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: 550048020432702 |
| DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                  |                                                  |              |                            |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5776 2024                     | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ 2.009.340 |                            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10/12/2024                       | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   | 30/09/2025   |                            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 01/09/2025 AL 30/09/2025         |                                                  |              |                            |
| <div><br/>JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA<br/>CEDULA:1024600737<br/>CELULAR:3132908684</div>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                  |                                                  |              |                            |

Handwritten text, possibly a signature or name, in cursive script.



|                              |                           |
|------------------------------|---------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | JEFREY WILCHEZ VILLANUEVA |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-1024600737             |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                         |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                         |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2025-09-22                |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2025-09-09                |
| FECHA DE PAGO:               | 2025-09-08                |
| ENTIDAD DE PAGO:             | NEQUI                     |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2025-08                   |
| PERÍODO SALUD:               | 2025-08                   |
| NÚMERO PLANILLA:             | 34362231                  |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                         |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 34362231                  |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                         |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE       | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|--------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS      | 1                | \$ 1.423.500 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 178.000                | \$ 178.000  |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES | 1                | \$ 1.423.500 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 227.800                | \$ 227.800  |
| Total a pagar  |           |              |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 405.800                | \$ 405.800  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 09/10/2025 |
|----------------------------------|------------|

