

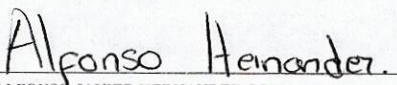
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION ACTIVIDADES DEL CONTRATO      VERSIÓN: 2 DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE FECHA: 2025-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ</b>			
		CON C.C.N°	<b>1.034.318.585</b>
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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.5794 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.706.230	No. HORAS EJECUTADAS	177
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 62.137.080	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 6.587.940
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		
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
ITEM			
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes		
2	Realice un adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica de 5 fallidos, 21 atenciones del Programa de Atención Prehospitalaria de acuerdo a la normatividad vigente.		
3	Diligencie de forma oportuna, completa y adecuada los registros propios de la Atención Prehospitalaria.		
4	Valoré médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
5	Realicé de maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos.		
6	Desarrollé las actividades programadas, en los horarios asignados, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente sin que estas superen las 12 horas continuas		
7	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carne que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
8	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad		
9	Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención médica Pre Hospitalaria		
10	Informé y registre oportunamente datos críticos		
11	Reporté y registre los sucesos de seguridad		
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades		
13	Traté dignamente y humanizadamente al cliente interno como externo		
14	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades		
15	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
16	Aplicé las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		
17	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		
18	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin		
19	Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas		
20	Respondí y asistí 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		
21	Use adecuadamente, racionalizacionalice y registre los insumos y/o medicamentos controlados o no		
22	no fue necesario diligencias certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria en el aplicativo RUAF		
23	Registre adecuada y oportunamente el kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos		
24	Verifique pre operacionalmente el equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico		
25	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		
26	cumplí con las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X	
2	¿El contratista autorizo 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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01-09-2025) AL (30-09-2025).			
<b>IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
No. DE PLANILLA:	89784956	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/09/2025	\$ 338,80
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/09/2025	\$ 433,60
RIESGOS LABORALES:			\$ 0
OTRO			-
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 772,40</b>
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			

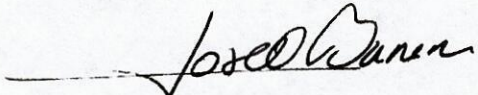



- 1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor 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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 <b>ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ</b> C.C No 1034318585
--------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FIRMA DE QUIEN VALIDA	 <b>JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO</b> CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 <b>CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER</b> PROGRAMA APH
------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CÓDIGO: AP-AS-FT-014 APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN  
 VERSION: 7 FECHA: 2025-06-09  
 FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ	CC:	1.034.318.585
CORREO ELECTRÓNICO:	el.papa062@gmail.com	TELÉFONO:	3183216703
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 18 SUR 16 53	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: 550462300120146

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5794 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.587.940
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2025 AL 30/09/2025		



DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1034318585	ALFONSO JAVIER HERNANDEZ COLMENAREZ	CL 18 A SUR 16 53	3183216703	df.papad062@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ, D. C.
	I - Independiente				BOGOTÁ, D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSIANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	\$772.400
2025-08	2025-08				

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					
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	338.800	0	0	0	0	0	0	0	0	338.800	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	433.600	0	0	0	0	0	0	0	433.600	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

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	0	0	0
ICBF			
0	0	0	0
ESAP			
MEN			

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, ISP y Mora	Total a Pagar	Total a Pagar
Salud	1	338.800	338.800	338.800
Pensión	1	433.600	433.600	433.600
Riesgos Laborales	0	0	0	0
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>2</b>	<b>772.400</b>	<b>772.400</b>	<b>772.400</b>





