

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 DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS			
CON C.C N°		1.101.752.086	
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 5796 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.706.230	No. HORAS EJECUTADAS	180
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 63.924.000	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 6.699.600
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 (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
1	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente (13 registros en preoperacional en plataforma netux)		
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.		
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de 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).		
4	Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.		
5	Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.		
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.		
7	Porte 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.		
8	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
9	Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.		
10	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.		
11	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.		
12	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.		
13	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
14	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.		
15	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE		
16	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.		
17	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos.		
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	Respondi y asistir 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	Di uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	Realice el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Efectue el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
26	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.
27	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405-2024

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	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	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:	9491800195	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	16/09/2025	\$ 365.100
PENSIÓN:	PORVENIR	16/09/2025	\$ 467.300
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/09/2025	\$ 71.200
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 903.600

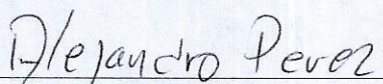
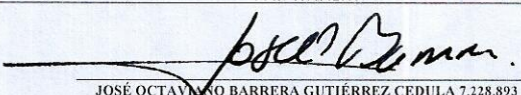
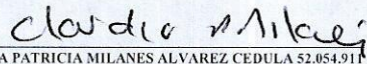
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

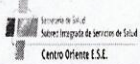
- 1- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el 40% se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 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)

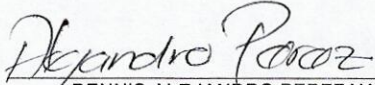
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 ALEJANDRO PEREZ VARGAS CC No 1101752086
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 - 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:	DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS			CC:	1.101.752.086
CORREO ELECTRÓNICO:	afejandroperezv2019@gmail.com			TELÉFONO:	3502272957
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 52 SUR 24 35			CIUDAD:	BOGOTÁ DC
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:	56758994428
DATOS DEL PERÍODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5796 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.699.600		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS CEDULA:1101752086 CELULAR:3502272957					



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1101752086		PEREZ VARGAS DENNIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 52 sur 24 a 35 tunal	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8125658	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1779127198	9491800195	I	2025/09/18	2025/09/16	BANCOLOMBIA	0	\$903,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLADADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 1101752086	Perez Vargas Dennis Alejandro	230301	30	\$2,920,100	\$467,300	EP5001	30	\$2,920,100	\$365,100		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,920,100	\$71,200	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$2,920,100	\$467,300			\$2,920,100	\$365,100			\$0	\$0			\$2,920,100	\$71,200		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$467,300	\$0	\$0	\$467,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$467,300	\$0	\$0	\$467,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$71,200	\$0	\$0	\$71,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$71,200	\$0	\$0	\$71,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$365,100	\$0	\$0	\$365,100	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830,113,831	0	1	\$365,100	\$0	\$0	\$365,100	
TOTAL				1	\$903,600	\$0	\$0	\$903,600	