 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 GUBERNADOR ALEXANDER DIAZ ARCHILA			
CON C.C Nº		1.020.007.224	
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 5798 2024	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.706.230	No. HORAS EJECUTADAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 62.137.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
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	
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 (3 registros en preoperacional en plataforma netux)		
2	Garanticé 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 (7 registros en plataforma netux)		
3	Garanticé 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). (7 registros en plataforma netux)		
4	Realicé la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE (4 registros en plataforma netux)		
5	Realicé las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en los casos que se requirio en el proceso de atención		
6	Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E		
7	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		
8	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
9	Velé por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria		
10	Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.		
11	No se presentaron sucesos de seguridad en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran reporte.		
12	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requirieron para el cabal cumplimiento de las actividades		
13	Brindé trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
14	Cumplí 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	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		
17	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. - Reunión con supervisión.		
18	Registré todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin. (7 registros en plataforma netux)		

19	Capturé 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	Dí uso adecuado y racional de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantice el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	En el periodo en relación no se requirió diligenciar certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria.
23	Efectué el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de inventario y pedido de insumos.
24	Realicé el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico (3 registros en plataforma Netux). Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieren para cabal el cumplimiento de las actividades
25	Tramité 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 los 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:	9491751925	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	15/08/2025		\$ 353.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/08/2025		\$ 452.600
RIESGOS LABORALES:				
OTRO	COMPENSAR	15/08/2025		\$ 52.000
TOTAL PAGADO				\$ 858.200

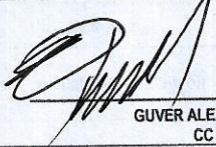
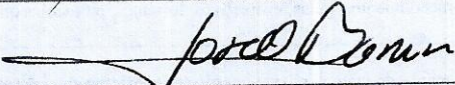
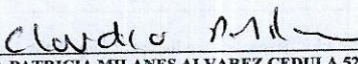
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GUYER ALEXANDER DIAZ ARCHILA CC No 1020007224
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:	GUVER ALEXANDER DIAZ ARCHILA	CC:	1.020.007.224
CORREO ELECTRÓNICO:	guveralexander@gmail.com	TELÉFONO:	3059047373
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 30 D 79	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:	0550008400856533
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5798 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.359.680
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		

GUVER ALEXANDER DIAZ ARCHILA
CEDULA: 1020007224
CELULAR: 3059047373

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
1912
1913
1914
1915
1916
1917
1918
1919
1920
1921
1922
1923
1924
1925
1926
1927
1928
1929
1930
1931
1932
1933
1934
1935
1936
1937
1938
1939
1940
1941
1942
1943
1944
1945
1946
1947
1948
1949
1950
1951
1952
1953
1954
1955
1956
1957
1958
1959
1960
1961
1962
1963
1964
1965
1966
1967
1968
1969
1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBP
CC 1010007224		BAZ ARCHELA GIVIER AL EXAMBER	INGENIERENTE	PRINCIPAL	CALE 30 D # 6 - 79	BOGOTÁ-BOGOTÁ D. E.	4731473	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Pago	Clase	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor	
2025-08	2025-08	1000000994		9491731925	1	2025/09/05	2025/09/15	BANCO DE BOGOTÁ	Diaz Mora	10	\$863,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDAD	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$452,600	\$2,900	\$0	\$455,500
COMPENSACIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$452,600	\$2,900	\$0	\$455,500
CCF ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$52,000	\$400	\$0	\$52,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$52,000	\$400	\$0	\$52,400
EPS ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$353,600	\$2,300	\$0	\$355,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$353,600	\$2,300	\$0	\$355,900
TOTAL				1	\$858,200	\$5,600	\$0	\$863,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 102000724		DAZ ARCHILA GONZALEZ ALEXANDER	INDEPENDIENTE
Sucursal Principal	PRINCIPAL	Direccion	CALE 30 D # 6 - 79
Ciudad-Departamento	BOGOTA-BOGOTA D. E.	Telefono	4731473
Exonerado SEMA e	No	Exonerado KBF	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Planilla	Tipo
2025-08	100000094	9491751973	1
Fecha	Limite	Pago	Valor
2025/09/05	2025/09/05	2025/09/15	\$483,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
Sucesos: PRINCIPAL (4 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliado)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D. E. (1 Afiliado)																							
1	CC	102000724	DAZ GONZ	35-14	30	\$2,828,720	EP909	30	\$2,828,720	\$482,400	CF74	30	\$2,828,720	\$2,995,017	CF74	30	\$2,828,720	\$2,995,017					
Total Afiliados(1)																							