	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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				
PATRICIA YULIER MEDINA				
CON C.C Nº	35.394.172			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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 5813 2024	FECHA INICIO CONTRATO	12/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.944.357	No. HORAS EJECUTADAS	178	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.821.868	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.987.014	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES 19 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	Presté servicios como auxiliar de enfermería 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.
2	Estuvé presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes a **15 turnos**, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
3	Garanticé el adecuado diligenciamiento de 16 **Historias Clínicas, 18 fallidos y 5 desestimiento** del Programa de Atención Pre hospitalaria según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.
4	Dí 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 Pre hospitalaria.
5	Cumplí con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades de **15 turnos**, con registro de novedades, además de el de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando, salvaguardando y garantizando el uso adecuado de cada uno de los equipos biomédicos asignados al Programa de Atención Pre hospitalaria.
6	Dí un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet.) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe.
7	Verifiqué el alistamiento de los vehículos de emergencias previo a verificación por el CRUE mediante **12 preoperacionales.**
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	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Implementé 08 **listas** de chequeo para monitorización y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfección de los vehiculos de emergencia.
11	Realicé informe y registro oportuno de datos críticos.
12	Efectué reporte y registro de sucesos de seguridad. **(actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte).**
13	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
15	Cumplí con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garanticé la entrega y custodia de los equipos biomédicos al área respectiva con el biomedico del programa **Jhonatan Andres Espejo Montoya** cuando los vehículos son direccionados al taller y/o aseguradora programados.
17	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
18	Asistí el 19 de septiembre a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.
19	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 sus respectivos honorarios.
20	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405-2024 dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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 **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:	1075057173	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/09/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/09/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	12/09/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	12/09/2025	$ 8.600
TOTAL PAGADO			$ 449.100

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 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Patricia Medina **PATRICIA YULIER MEDINA** **CC: 35394172**
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 P. Milanes **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911** **LIDER PROGRAMA APH**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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:	**PATRICIA YULIER MEDINA**	**CC:**	**35.394.172**
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciamedina2225@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3128058038**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 7F 12B 12**	**CIUDAD:**	**MOSQUERA (CUNDINAMARCA)**

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**	**N° CUENTA:**	**456170234060**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5813 2024**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 1.987.014**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**12/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**30/09/2025**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/09/2025 AL 30/09/2025**		

Patricia Medina

PATRICIA YULIER MEDINA
CEDULA: 35394172
CELULAR: 3128058038

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-15, 04:07:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075057173

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822629155

PAGADO 12/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE		
Documento	CC35394172	**Dirección**	CLL 7F 12B 12
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3128058038
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 35394172	PATRICIA YULIER MEDINA MONTEALEGRE	59	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 178.000	2.436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100	$ 0	$ 449.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.