 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JHIAN ENRIQUE RUEDA HERRAN			
CON C.C N°		79.670.786	
OBJETO DEL CONTRATO:	238		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5790 2025	FECHA INICIO CONTRATO	18/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S 3.384.539	No. HORAS EJECUTADAS	238
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S 7.053.190	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 2.214.590
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES 13 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. LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</i>		
1	Estuvé presente en el momento de 20 entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.		
2	Presté servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.		
3	Realicé los 35 desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.		
4	Mantuvé la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.		
5	Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional.		
6	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.		
7	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
8	Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.		
9	Reporté los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales. (Actividad no desarrollada durante el periodo del		
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades		
11	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
12	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades		
13	Atendí las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.		
14	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional		
15	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 Dirección de Urgencias.		
16	Revicé de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyé al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas.		
17	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.		
18	Realicé el registro 20 preoperacionales adecuados y oportunos junto con el reporte al técnico automotriz Miguel Angel Sotelo encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo.		
19	Efectué el diligenciamiento de 20 preoperacionales del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.		
20	Participé en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)		
21	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 -2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del 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	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 seco 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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074906597	OPERADOR:	PAGO SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	11/09/2025		\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:				
OTRO	COMPENSAR	11/09/2025		\$ 28.500
TOTAL PAGADO				\$ 434.300

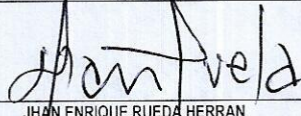
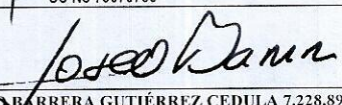
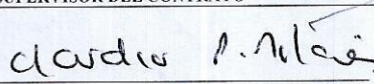
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 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	 JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN CC No 79670786
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TÉCNICO 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 – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN	CC:	79.670.786
CORREO ELECTRÓNICO:	ghanrueda79@hotmail.com	TELÉFONO:	3005285849
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 35 a 1 d 33 SUR	CIUDAD:	Bogotá

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	057000487385301
---------------------------------	-------------------	------------------------	----------------	-------------------	------------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5790 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.214.590
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

Jhan Rueda

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN
CEDULA: 79670786
CELULAR: 3005285849

Bogotá, 11 de septiembre de 2025

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN

Documento de Identidad: CC 79670786

Usuario: JHAN RUEDA

Teléfono: 3005285849

Número de Planilla: 1074906597

Fecha de Recepción: 11 de septiembre de 2025

Periodo de Cotización: 2025-08

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 230301 - PORVENIR

Número de empleados: 1

Valor: \$227.800

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS002 - SALUD TOTAL EPS

Número de empleados: 1

Valor: \$178.000

Información relacionada a Cajas de Compensación Familiar

Administradora: CCF24 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR

Número de empleados: 1

Valor: \$28.500

Total Pagado: \$434.300

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.

¡Más que fácil, SIMPLE! ®

FonoSIMPLE: Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 -
Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971 Chat
www.pagosimple.com/portal/chat; de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm. O
déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 10:15:09 AM | Tipo Planilla: | Número Planilla: 1074906597
 Período Cotización: 202508 | Período Servicio: 202508
 Cliente:

PAGADA 2025-09-11

Razón Social	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN	Dirección	CL 35A SUR #1 D - 33 CASA		
Documento	CC 79670786	Teléfono	3005285849		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO					
Documento	CC 79670786	Residente	Exonerado	Apellidos y Nombres	RUEDA HERRAN JHAN ENRIQUE
Tipo Cotizante	03	00	N	Código Ciudad - Departamento	11001000 - 11
				Centro de Trabajo	BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:																												
Novedades		Salario		Pensión		Salud		Riesgos		Caja		Parafiscales																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF										
															0	30	30	0										

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SEVA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MIEN	Total Final
\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 434.300

