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 INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO

	CON C.C N°	**80.112.684**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5264 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**28/04/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.609.520**	**No. HORAS EJECUTADAS**	168
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 5.609.520**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.869.840**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y TRES (3) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE C.C. 3087070** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**		

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	Recibi y entrego tumo de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	Reaficé toma de signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados con la periodicidad requerida segun condicion clinica informando al medico y
3	Orienté a los familiares de los pacientes para examenes diagnostico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, segun normas
4	Realicé actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud.
5	Notifiqué inmediatamente las acciones inseguras ocurridos a sus pacientes al medico de turno, jefe inmediato y en el aplicativo dispuesto para ello.
6	Informé al profesional de enfermeria y/o al medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Realicé la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
8	Realicé registros clinicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el
9	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales.
10	Realicé por los inventarios, conservacion y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil.
11	Realicé seguimiento de inventario y se realizara en los formatos mi-ur-ft-032 ambulancia basica y mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias
12	Apliqué, acato y cumplo con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	Realicé la desinfeccion y registro en los formatos institucionales, aseo rutinario por turno y fines de semana desinfeccion terminal y de acuerdo al protocolo
14	Repucé en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.
15	Recibí y entrego al paciente con el profesional de enfermeria del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino.
16	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
17	Ofreci trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana.
18	Imparti educacion al paciente y a la familia sobre los cuidados especificos dede acuerdo a la situacion clinica del paciente.
19	Mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
20	Ejercí las actividades propias de la profesion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio.
21	Realicé la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia y al equipo de traslado de la central de
22	Recibí y entrego las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de
23	Conocí y cumplo la politica de seguridadI dell paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o
24	Utilicé el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.
25	Conoci y cumplo con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad
26	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad

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 articulo 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 **(01-06-2025) AL (30/06/2025)**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1072607982**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/06/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/06/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			$ -
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 405.800

VI. 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	CARLOS JAVIER BELTRAN CC No 80112684
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE C.C. 3087070** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20** **SUPERVISOR CONTRATO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15906500** **DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**

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: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO**	**CC:**	**80.112.684**
CORREO ELECTRÓNICO:	djbeltran2710@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3015365412**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 28Á SUR N IA-61	**CIUDAD:**	BOGOTA D C

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:**	***818814001***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5264 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 1.869.840**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**28/04/2025**		30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO
CEDULA 80112684
CELULAR 3015365412

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-11, 08:18:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072607982

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810349708

PAGADO 11/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARLOS JAVIER BELTRAN		
Documento	CC80112684	**Dirección**	CLL 28A SUR N 1A - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3015365412
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

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 APP	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 80112684	CARLOS JAVIER BELTRAN TENORIO	03	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 0	$ 405.800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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.