	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión Fecha de aprobación Código	3 01/04/2017 GA-FO-FO-0063

Ubicación del Servicio:	AMBULANCIAS				**Sede: CAMI II**				
No. DE CONTRATO:	1552-2018	**Periodo certificado desde el**			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
					1	5	18		31	5	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN				C. C.		79.044.941	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CONDUCTOR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ___ NO ___ **Servicios:** SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Conducir el vehículo que le sea asignado y vigilar por su excelente presentación y buen mantenimiento.	100%	Se recibe turno verificando las condiciones físicas generales del vehículo a conducir (infraestructura, llantas, niveles de líquidos etc.)	
Transportar en el vehículo asignado el personal del hospital, suministros, equipos o materiales o a los diferentes centros del hospital o a los sitios que le sean indicados.	100%	Se realizó registro diario en la recepción y entrega de turno; registrando novedades presentadas durante el mismo	
Responder por el vehículo, las herramientas y equipos a su cargo.	100%	Se verifico diariamente la presencia de herramientas, equipos a su cargo y su buena presentación.	
Prestar los servicios conforme cronograma establecido por el supervisor del contrato.	100%	Se realizó la limpieza diaria del vehículo lo correspondiente a la cabina y parte externa de la unidad.	
Informar al supervisor cuando detecte daños en el vehículo asignado, para su correspondiente revisión, mantenimiento o reparación según sea el caso.	100%	Se transportó pacientes cumpliendo criterios de seguridad, oportunidad a los diferentes centros asistenciales de acuerdo a las directrices emitidas por el centro regulador de urgencias	
prestar apoyo conforme requerimiento del supervisor en el área de servicios generales y mensajería	100%	Se Cumplieron los protocolos de comunicación con el centro regulador de urgencias	
colaborar cuando le sea requerido en el cargue y descargue de los elementos que sean trasladados en el vehículo a su cargo	100%	Se informaron las novedades que se presentaron en el turno al supervisor para su correspondiente apoyo en la gestión; y se siguieron las recomendaciones dadas	
Realizar operaciones de mecánica sencilla en el mantenimiento del automotor a su cargo y solicitar anticipadamente la ejecución de aquellas más complicadas.	100%		
Llevar registro diario de las actividades en formación de conformidad con las políticas y normas del hospital.	100%	Se cumplió cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo según sea el caso, realizando el seguimiento respectivo	
Trasladar pacientes del hospital cuando las circunstancias así lo ameriten y sea requerido para ello.	100%	Se colaboró en la atención de pacientes de acuerdo a los casos a los cuales la movil es despachada a un servicio de emergencias	
Mantener desarrollar e implementar la visión y misión del hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	100%	Se apoyó en casos necesarios la gestión en relación a insumos como: Oxigeno	
Vigilar la puesta en marcha y funcionamiento de su propio control interno.	100%	Se asistió a la reunión programada de APH	
Ejecutar las demás actividades que conforme al presente contrato le sea indicada por el supervisor asignado.	100%	Se realizó el tenqua en la hora establecida	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTICINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/TE TOTAL: $ 1'325.700

SAMUEL SANABRIA ARANGUREN 79044941

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha, CEDE Firma de revisión supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Scanned by CamScanner

P 1. cuenta
S

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	5
		Fecha de aprobación	19/03/2018
		Código	GA-FR-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.944.941							
CORREO ELECTRONICO:	GRAN9003@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3125591912							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AMBULANCIA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	N0813	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590320003										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1552-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4DE 4					
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	20916	FECHA	30/04/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales de apoyo a la gestion como CONDUCTOR DE AMBULANCIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.de acuerdo a las neccesidades de la institucion.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2018		31	5	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.325.700										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: 15 TURNOS =180 HORAS X 7365 VALOR HORA =1´325.700

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.937.630
VALOR EJECUTADO	$6.186.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.325.700
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$751.230
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1012440209	$781.242,00	$97.655	$124.999	4	$0	**$222.654**

Dado en Bogotá. En el mes de MAYO del año DOS MIL DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que sorta el pago pertinente. Cordialmente.

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

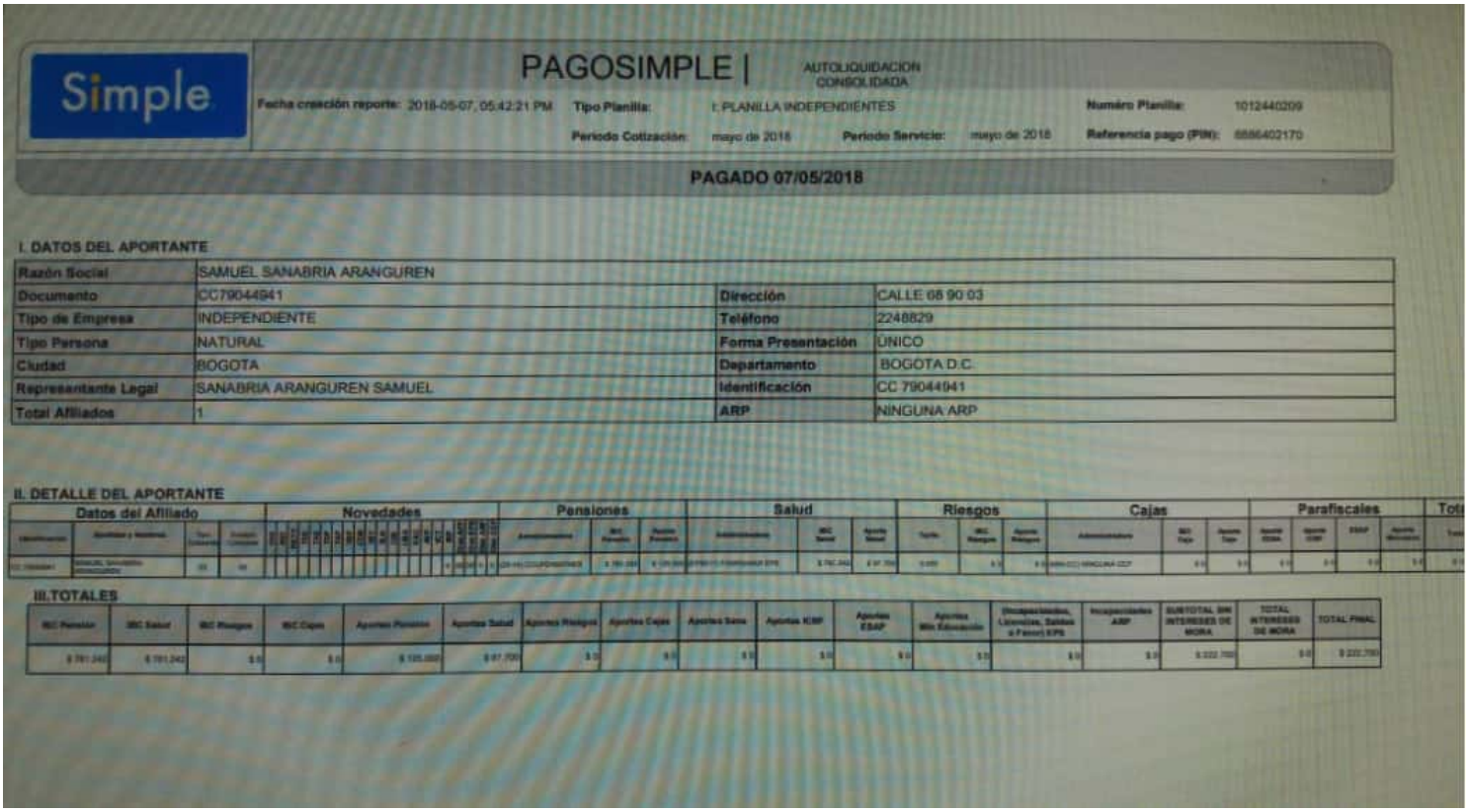
Samuel Sanabria A.

SAMUEL SANABRIA ARANGUREN

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

33

Scanned by CamScanner



Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-05-07, 05:42:21 PM Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1012440209

Periodo Cotización: mayo de 2018 Periodo Servicio: mayo de 2018 Referencia pago (PIN): 8886402170

PAGADO 07/05/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN		
Documento	CC79044941	Dirección	CALLE 68 90 03
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	2248829
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SANABRIA ARANGUREN SAMUEL	Identificación	CC 79044941
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Tot
Identificación	Nombres y Apellidos	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Administradora	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradora	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes ICBF	Aportes SENA	ESAP	Aportes Men Educación	
[illegible]	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN	03	00																	[illegible]	$ 781.242	$ 125.000	[illegible]	$ 781.242	$ 97.700	0.000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensiones	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
$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222.700	$ 0	$ 222.700

Scanned by CamScanner