120

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: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (12/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CC:	79714220
		RUT (NIT):	79714220-6
CORREO ELECTRÓNICO:	HARITOL.LP@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3228168874
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 N° 73 D-65 SUR KENNEDY CENTRAL	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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

Regimen 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:	SCOTIABANK COLPATRIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102671401

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2782 2024	N° CDP:	14023	N°. RP:	317	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22.172.044
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL31/1/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	UN MILLON TRECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS MCTE					
	$ 1.335.600					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS
C.C 79714220
ccl: 3228168874

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA			HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.714.220				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE NEFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SRVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 2782 2024		FECHA INICIO CONTRATO		20/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			$				4.202.848,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	20.280.752,00			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.335.600,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° (10)		N° CRP INICIAL:	14023	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES DIEZ (10) DIAS						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			80393770		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TENICO CODIGO 009				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (6)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22253	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25192	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.494.052	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29212	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32480	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36600	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 474.620	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39854	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES

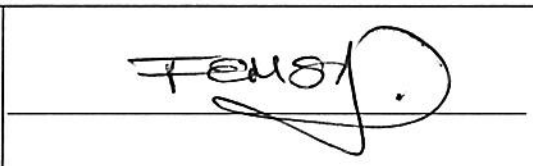
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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	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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TENICO CODIGO 009 G  JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CODIGO: AP-TA-FT-077 APOYO – GESTION DE CONTRATACION VERSION: 2

FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN FECHA: 2024-09-16

Centro Oriente E.S.E.

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
HAROLD GILERTO LETRADO PENAGOS							
ÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				79.714.220			
)BJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
:ONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2782 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**			**21/01/2024**
'ALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.202.848**		**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES			
'ALOR TOTAL DEL CONTRATO NCLUIDO ADICIONES:	**$ 22.172.044**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 1.335.600**
I° DE INFORME:	10		**N° CRP:**	14023		**N° CDP:**	317
'LAZO TOTAL DEL CONTRATO NCLUIDO PRORROGAS	DIEZ (8) MESES (10) DIAS						
INIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
IOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

I° DE MODIFICACIÓNES DEL :ONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
'ALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1039	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22253	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
'ALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25192	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
'ALOR ADICIONADO	**$ 2.494.052**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29212	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
'ALOR ADICIONADO	**$ 1.978.752**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32480	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
'ALOR ADICIONADO	**$ 5.565.240**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36600	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)
'ALOR ADICIONADO	**$ 474.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39854	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES (3)

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	NO APLICA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NO APLICA
ECHA DE LA PÓLIZA	NO APLICA	**FECHA DE APROBACIÓN:**			NO APLICA

TE M	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**
1	Recibí y entregué turno de acuerdo a los protocolos de la entidad
2	Controlé los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred con la periodicidad requerida según condición clínica informando al médico y enfermera las alteraciones encontradas y registrándolos en la historia clínica del traslado
3	Orienté a los familiares de los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	Facilité el traslado de pacientes urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de servicios de salud
5	Realicé actividades propias del cuidado de enfermería previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud
6	Informar a la enfermera jefe del servicio y médico tratante, sobre los cambios del estado clínico 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	Mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno
9	Realicé registros clínicos en forma oportuna, diligenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolución 1995/1999, entregando el soporte en un término no mayor a 24 horas en el área correspondiente
10	Cumplí las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas Institucionales
11	Respondí por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos o insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la móvil
12	Apliqué, acaté y cumplí con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato
13	Conté con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad
14	Realicé la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patología del paciente
15	Repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado
16	Recibí y entregué al paciente a la enfermera del servicio correspondiente de acuerdo a la unidad de origen y de destino
17	Realicé la revisión y mantenimiento del acceso venoso durante el traslado del paciente.
18	Porté el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentación personal
19	Ofrecí trato con calidez y calidad al paciente y la familia, dando una atención humanizada conservando el respeto por la dignidad humana
20	Impartí educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente
21	Mantuve la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
22	Ejercí las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio

23	Recibí y entregué el turno de acuerdo a lo acordado con el Supervisor y de conformidad al objeto misional de la Entidad
24	Cumplí la política de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
25	Utilizar el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
	Conocer y cumplir 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 contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5
27	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80393770**	**OPERADOR**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/10/2024	$ 163.400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/10/2024	$ 209.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/10/2024	$ 31.900
OTRO	COMPENSAR	11/10/2024	$ 26.200
TOTAL PAGADO			$ 430.600

1335600
317

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 .

VII. 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: HAROLD GOLBERTO LETRADO PENAGOS
C.C. 79714220 CEL: 3228168874

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CLL 56 A SUR N 78 M 12	7795979	HARITOL.LP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	11/10/2024	80393770	$430.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	7	1.100	0	209.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	7	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	7	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	430.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información