203
h

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 DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA			79.671.005			
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 2792 2024	FECHA INICIO CONTRATO		1/21/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.710.362	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	1 MES 28 DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.514.684		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.846.082	
N° DE INFORME:	10	N° CRP:	14032	N° CDP:	317	
SALUD:	10 MESES 10 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.668	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	32262	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.668	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25201	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.018.528	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29220	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.746.048	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32488	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.456.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36609	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿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	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Cumpli e hice cumplir las guias, procedimientos y demás documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (SISSCO) E.S.E
2	Recibi en la plataforma del software SIRC las solicitudes de las diferentes unidades de salud (UMHES-CAPS- USS) de la subred centro oriente
3	Entregué el turno con registros como estrategia para fortalecer la transición segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo SIRC
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	Articulé LOS HOSPITALES Y CENTROS DE SALUD y otras IPS externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada en las solicitudes de atención de urgencias, traslados, referencias e interconsultas o Apoyo diagnostico
6	Solicité los documentos necesarios para los traslados.
7	Facilité la articulación con los diferentes actores de la sub red integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. de acuerdo a los niveles de atención y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer más eficientes los servicios

8	Direccioné la ambulancia con la tipología requerida (TAB-TAM) por vía telefónica o por frecuencia de radio, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita
9	Priorice los despachos de urgencias vitales, pacientes neurológicos, maternas a las unidades de alta complejidad los cuales como criterio especial de traslado no requieren aceptación en la unidad destino
10	Identifiqué los niveles de atención alto, medio, y baja complejidad y los servicios que presta (ambulatorios, hospitalarios, urgencias, complementarios).
11	Se realizó la revisión del correo instuticional con el objetivo de encontrar información autorizaciones, provenientes de las diferentes unidades que conforman la SISSCO
12	Informé la disponibilidad de ambulancias en el aplicativo SIDCRUE.
13	Utilizar el teléfono institucional para trámites dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo, Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	Asistí a las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos programadas desde la entidad
15	Presenté pacientes al lider de gobierno clinico o quien determine repetir la obligacion y se dio respuesta en TERMINO MENOR DE 3 HORAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	72508936	OPERADOR:	AROS
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	10/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	10/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/11/2024	$ 26.000
OTRO	CAJA COMPENSACION		$ -
	TOTAL PAGADO		$ 396.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.

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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA
CC:79671005
CEL:3024351899

Secretaría Distrital 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	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			VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.671.005		
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 2792 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/20/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.710.352,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.514.664,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.846.082,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° (10)	N° CRP INICIAL:	14032	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:	72508936	OPERADOR:	AROS		
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° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.668	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22262	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.668	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25201	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.018.528	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29220	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.746.048	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32488	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.456.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36609	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

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
	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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:	VICTOR MANUEL VILLAS LOMBANA	CC:	79671005
CORREO ELECTRÓNICO:	VICTORMANUELVILLALOMBANA@GMAIL.COM	RUT (NIT):	79671005
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 362 SUR N° 26 - 13	TELÉFONO:	3024351899
		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)	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488400981368

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2792 2024	N° CDP:	14032	N°. RP:	317	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :10 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/21/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		10/31/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16.514.664
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 OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHENTA Y DOS PESOS MCTE					
	$ 1.846.082					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA
C.C 79671005
cel: 3024351899

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-09, 01:33:15 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 72508936

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8992112840

PAGADO 09/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA		
Documento	CC79671005	**Dirección**	CL 32 SUR #26 - 13
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3024351899
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	ICE	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 79671005	VICTOR MANUEL VILLA LOMBANA	03	00																0	30	30	0	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,000	$ 0	$ 0	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500

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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500	$ 0	$ 396.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

EXPERTOS en PILA