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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.403.287			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2897 2024	FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.001.360	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.641.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 545.640	
Nº DE INFORME:	DIEZ (10)	Nº CRP:	14124	Nº CDP:	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	4	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.688	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22340	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.688	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25279	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 909.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32557	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.146.864	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36682	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

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	Se dio buen uso propio de la naturaleza, propendiendo por el adecuado mantenimiento y custodia - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
2	Conserve y mantuve en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
3	Revise y cumpli los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
4	Tuve en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehiculo, haciendo buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permaneciera con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
5	Informe y solicite la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad - Registrado en los ingresos de la móvil al taller asignado.
6	A la fecha de presentación del presente informe cuento con los cursos establecidos y solicitados por el CRUE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD - Certificados de cursos aportados.
7	Reporte a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU - Registrado en la bitácora de traslados de la móvil asignada.
8	Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos enmateria de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo - Estado de multas en los medios de verificación.
9	Utilice responsablemente las señales de emergencia: luces y sirena
10	Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios - Registrado en la bitácora de traslados de la móvil asignada.

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: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ	**CC:**	79403287
		RUT (NIT):	79403287-4
CORREO ELECTRÓNICO:	gmatta28@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3158031008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 46 SUR # 23 89 INT 4	**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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24117344736**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2897 2024**	**N° CDP:**	**317**	**N°. RP:**	**14124**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 13.641.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$** **545.640** **QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE**					

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
C.C 79.403.287
cel: 3158031008

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	**JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.403.287**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2897 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		**4.001.360**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.641.000,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 545.640
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	**N° CRP INICIAL:**	14124	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES Y DIEZ (10) DÍAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474953316	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE URGENCIAS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (5)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (4)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.688	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22340	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.688	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25279	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 909.400	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32557	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.146.864	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36682	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	20241010133200041391	9474953316	I	2024/10/21	2024/10/10	BANCO AV VILLAS	0	$370,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$370,500	$0	$0	$370,500