216

Secretaría Distrital 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

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.622.053

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 6677277-2024"APH"				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4735 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.682.566	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y TRES (03) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.858.546		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.947.024
N° DE INFORME:	3	N° CRP:	40573	N° CDP:	3008
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.175.980	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	CRP DE LA ADICIÓN:	43452	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA Y UN (31) DIAS
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:	
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
N° 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	ENTREGAR TURNO DE MANERA PRESENCIAL EN LA BASE PRIMARIA DE LA UNIDAD MOVIL
2	EFECTUAR LOS RESPECTIVOS PREOPERACIONALES QL RECIBIR TURNO Y ENTREGAR TURNO EN LA PLATAFORMA NEXUS
3	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL LIMPIA Y ORDENADA AL COMPAÑERO EN LA BASE PRINCIPAL
4	ENTREGAR NOVEDADES DEL TURNO REALIZADO DE FORMA PRESENCIAL
5	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL TANQUEADA Y EN BUENAS CONDICIONES AL FINALIZAR TURNO DE NOCHE
6	COLABORAR CON EL CUIDADO DEL PACIENTE EN EL ENCAMILLADO Y EN EL DESPLAZAMIENTO HACIA LA INSTITUCIÓN
7	REALIZAR LOS DESPLAZAMIENTOS DERIVADOS DE VALORACIONES Y TRASLADOS ESTABLECIDOS POR EL MÉDICO REGULADOR DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE
8	Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo funcionamiento presentación y conservación óptimas para el traslado y valoración de pacientes

9	Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil
10	Salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados en las unidades móviles del programa de atención prehospitalaria
11	Cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional y el buen uso del uniforme de dotación
12	Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del crue junto con el carnet que lo acredita como contratista de la subred centro Oriente
13	DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTIPULADO Y CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD
14	VELAR POR LA OPORTUNIDAD DE PERTINENCIA CONTINUIDAD SEGURIDAD RACIONALIZACIÓN Y RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
15	REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD
16	ADOPTAR LOS PROCESOS PROCEDIMIENTOS GUÍAS INSTRUCTIVOS FORMATOS PROTOCOLOS QUE SE REQUIERAN PARA ACABAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
17	TRATÓ DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL
18	ATENDER LAS INDICACIONES DEL LÍDER DE LA TRIPULACIÓN MÉDICO EN LAS UNIDADES MÓVILES DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y EN LA DE BAJA COMPLEJIDAD AL MÉDICO REGULADOR QUIÉN DEFINE EN CADA CASO LAS INSTRUCCIONES EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN PARA OBTENER EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS PARA EL PROGRAMA
19	REALIZAR EL ADECUADO REPORTE DE NOVEDADES E INCIDENTES PRESENTADOS DURANTE LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA SIEMPRE POR MEDIO DEL EQUIPO DE RADIOCOCO COMUNICACIONES A LA CENTRAL Y POR MEDIO DE CELULAR Y APLICATIVOS AL PROFESIONAL DE ENLACE ASIGNADO
20	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y O LA INSTITUCIÓN

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067338986**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	18/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 208.000
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 370.500

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.

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: HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
CC: 79622053
CEL: 3115943539

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 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:	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES	CC:	79622053
		RUT (NIT):	79622053-7
CORREO ELECTRÓNICO:	giovas973@hotmail.com	TELÉFONO:	3115943539
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 11 67A 88 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ

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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488401311938

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4735 2024	Nº CDP:	3461	Nº. RP:	43452	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y TRES (3) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4.858.546
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1.947.024 UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL VEINTICUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
C.C 79622053
cel: 3115943539

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.622.053

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 6677277-2024"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4735 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2.682.566,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.858.546,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.947.024
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	N° CRP INICIAL:	40573	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y TRES (03) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067338986		OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.175.980	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	RP DE LA ADICIÓN:	43452	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA Y UN (31) DIAS
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:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		

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 Je 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 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 (1/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-10-18, 11:41:49 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067338986

Periodo Cotización 202409 **Periodo Servicio** 202409

Cliente:

PAGADA 2024-10-18

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES				
Documento	CC 79622053	**Dirección**	CR 11 #67 A - 66 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115943539		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79622053		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					MORALES TORRES HUGO JEOVANNY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
Ing	EST	TDE	TAE	Tde	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	0	0			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	NN-AR		0,009 %	$ 0	$ 0	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 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!

💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 989982240 ☑️

De: serviciopse@achcolombia.com.co serviciopse@achcolombia.com.co
Para: giovas973@hotmail.com giovas973@hotmail.com
Enviado: viernes, 18 de octubre 11:33 a. m.



¡Hola, Hugo jeovanny morales torres!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 989982240
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social