Secretaría Distrital 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 HERNEY OVIEDO GRANADOS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.874.439				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2029 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.492.096**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 16.734.916**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.850.880**		
Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP:**	13926	**Nº CDP:**	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 NUEVE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	6	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	$ 1.761.307	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21798	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.694.413	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24351	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.619.072	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28038	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.400.408	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33180	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.456.400	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37477	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39669	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**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 actividades especificas realizadas durante el mes)**
1	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe. se realizaron: 192 Horas para el mes de Octubre 2024
2	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente
3	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad
4	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad
5	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
6	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura
7	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actiyiades programadas en el mes
8	Se realizo el proceso de limpieza y desinfecion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes
9	Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo
10	Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad
11	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes
12	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion
13	Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas
14	Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo
15	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido
16	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura
17	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
18	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes
20	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales
21	Se realizaron los registro de las actiyiades de la Hoja de ruta del camillero
22	Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes
24	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta.
25	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos).
26	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred
27	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1067206421	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

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

JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS
C.C: 1023874439
CEL: 3106669820

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

JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.023.874.439

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2029 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		21/1/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.734.916		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.850.880
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	**Nº CRP INICIAL:**	13926	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 NUEVE MESES				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067206421	**OPERADOR:**	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 6	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 6	PRORROGA 5
VALOR ADICIONADO	$ 3.334.583	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA ADICIÓN:**	21978	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.560.449	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA ADICIÓN:**	24364	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28210	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.394.860	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA ADICIÓN:**	33346	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 8.780.712	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA ADICIÓN:**	37487	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 469.680	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA ADICIÓN:**	39679	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**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)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

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 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 (DIA/MES/AÑO) AL (DIA/MES/AÑO)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **WENDY CORDOBA MOLANO** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS	**CC:**	1023874439
CORREO ELECTRÓNICO:	JOSEOVIEDO8731@HOTMAIL.COM	**RUT (NIT):**	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 27A SUR 2 62	**TELÉFONO:**	3106669820
		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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**550488420982966**

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2029 2024	**280**	**N°. RP:**	**13990**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16734916**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$** 1.850.880 **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**				

JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS
1023874439
3106669820

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-09, 10:54:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067206421

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823588317

PAGADO 09/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS		
Documento	CC1023874439	**Dirección**	CL 27A SUR #2 - 62
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3106669820
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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 APP	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 1023874439	JOSE HERNEY OVIEDO GRANADOS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.436	$ 1.300.000	$ 31.700	(N.N.CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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!

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