223

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

RODRIGUEZ REYES RICARDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.154.735				
OBJETO 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.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4111 2024	FECHA INICIO CONTRATO	5/06/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.411.604	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	25 VENTICINCO DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.692.524	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.481.990		
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	31669	Nº CDP:	1905
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 CUATRO MES 26 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	2271	CRP DE LA ADICIÓN:	34233	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.905.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36715	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 593.280	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39874	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

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

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	Realicé la trazabilidad de los pacientes asignados a la unidad vitacora sirc de la unidad MATERNO INFANTIL según los turnos asignados en le cuadro de actividades del mes de octubre.
2	Desarrolle mis actividades contractuales de acuerdo a la programación del servicio. UNIDAD MATERNO INFANTIL
3	Realicé la entrega de turno al compañero de manera adecuada utilizando un cuadro en excel.
4	Al finalizar todos los turnos envie las evidencias del trabajo realizado durante el turno via correo electrónico al jefe inmediato.
5	Active de manera correcta en la bitacota sirc las solicitures de examenes o referencias entregadas en la oficina de radio por los jefes o medicos tratantes.
6	Realice 222 horas en unidad materno infantil

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1066465795	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/09/2024	$ 162.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/09/2024	$ 208.200
RIESGOS LABORALES:	SURA ARL	10/09/2024	$ 31.800
OTRO	CAJA DE COMPENSACION CAFAM	10/09/2024	$ 26.100
TOTAL PAGADO			$ 428.800

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

RICARDO RODRIGUEZ REYES
CC:80154735
CEL.:3103055347

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: (DD/MM/AAAA)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**RODRIGUEZ REYES RICARDO**	**CC:**	**80154735**
		RUT (NIT):	**NA**
CORREO ELECTRÓNICO:	**3RPOISON@GMAIL.COM**	**TELÉFONO:**	**3103055347**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 36 SUR 89D 22**	**CIUDAD:**	**BOGOTA D.C.**

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

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**	**N° CUENTA:**	**478170013781**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4111 2024**	**N° CDP:**	**2783**	**N°. RP:**	**39874**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES 26 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**5/06/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**DD/MM/AAAA**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 12,692,524**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01-10-2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.481.990**
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS					

RODRIGUEZ REYES RICARDO
C.C. 80154735
CEL. 3103055347

Secretaría Distrital de Salud Región 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			**RICARDO RODRIGUEZ REYES**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**80.154.735**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO 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.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4111 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**5/06/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2.411.604**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 12.692.524**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.481.990**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**5**	**N° CRP INICIAL:** **31669**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**1905**	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**4 CUATRO MES 26 DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1066465795**		**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION TECNICA URGENCIAS TRASLADOS SEGUNDARIOS REFERENCIA**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (3)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			**ADICION (3)**	**PRORROGA (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2271**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**34233**	**TIEMPO PRORROGADO:** **UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.905.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36715**	**TIEMPO PRORROGADO:** **TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 593.280**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2783**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**39874**	**TIEMPO PRORROGADO:** **TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**XX**
N° DE PÓLIZA:	**XX**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**XX**
FECHA DE LA PÓLIZA	**XX**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**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:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TECNICO SERVICO URGENCIAS GRADO 09** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-10-09, 11:25:22 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2024
Empresa	RICARDO RODRIGUEZ REYES
CEDULA CIUDADANIA	CC 80154735
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1066465795
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	970385131
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 428.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 162.500	$ 200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 31.700	$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 26.000	$ 100
			SubTotales:	$ 428.200	$ 600
			Total a Pagar:		$ 428.800

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!