180

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** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
ANDRES SANTIAGO CALCETERO GONZALEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1,023,001,786			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 4629 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**27/08/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2,413,685**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y CUATRO (04) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**4,476,996**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**1,946,520**
N° DE INFORME:	3		**N° CRP:**	40453	**N° CDP:**	3007	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) 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	**$** 2,063,311	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43361	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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	Brinde mis servicios como auxiliar de enfermeria con calidad para la Atención Prehospitalaria con los servicios de salud vigente.
2	Recibi y entregue turno de forma presencial brindado las novedades correspondientes presentadas durante el turno a mis compañeros.
3	Se registro adecuadamente hc, desistimientos,valoraciones y demas en el aplicativo nextus, bajo la normativa correspondiente
4	di respuesta oportuna los direccionamientos asignados por el CRUE garantizando asi el cumpliento de formatos,guias, instuctivos designado por la Subred de Centro Oriente
5	Se realizan actividades contractuales y asignadas con calidad garantizando asi los recursos asignado por la Subred de Centro Oriente
6	Dar un correcto uso a los recursos asignados al conveio inter administrativo 6677277-2024
7	Se realiza verificación, diligenciaminto de kardex y aseo a la móvil para presentación ante el CRUE
8	Porte decorosamente el carnet de la institucion, con buena presentacion personal para los servicios prestados.

9	Cumpli con lo establecido en el manual de bioseguridad para prestar un excelente servicio
10	Se realiza la adecuada limpieza y desinfección del vehiculo de emergencia asignado
11	Realizo el registro adecuado de datos criticos cuando son necesarios
12	Reporte donde hubo lugar de sucesos de Seguridad en cada turno,
13	Porte decomsamente el carnet de la institucion, con buena presentacion personal para los servicios prestados.
14	Trate dignamente y humana a los pacientes trasladados y a sus familiares.
15	Registre todos los procedimientos y procesos realizados a cada paciente, guardando silencio y confidencialidad de cada traslado.
16	Entrega de equipos biomedicos a la persona encargada
17	Aplique con calidad cada procedimiento realizado en los traslados para el sistema de gestion de calidad.
18	Asisti a las capacitaciones dadas por parte del convenio y la institucion.
19	Asisti a las capacitaciones dadas por parte del convenio y la institucion.
20	Tramite mi cuenta de cobro del mes correspondiente, adjuntando los formatos establecidos por el convenio y en las fechas estipuladas por la subred centro oriente

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9474962357**	**OPERADOR:**	**Aportes en linea**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**09/10/2024**	**$ 162,500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**09/10/2024**	**$ 208,000**
RIESGOS LABORALES:	**SURAMERICANA**	**09/10/2024**	**$ 31,700**
OTRO	**COMPENSAR**	**09/10/2024**	**$ 26,000**
	TOTAL PAGADO		**$ 428,200**

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: Andres Santiago Calcetero Gonzalez
CC: 1.023.001.786
CEL: 3052543748

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:	Andres Santiago Calcetero Gonzalez			**CC:**	1023001786
				RUT (NIT):	1023001786-1
CORREO ELECTRÓNICO:	calcetero04@gmail.com			**TELÉFONO:**	3052543748
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 60 sur # 23-23			**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488414499944**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4629 2024**	**Nº CDP:**	**3461**	**Nº. RP:**	**43361**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**27/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 4.476.996**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1,946,520**
	UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					

Andres Santiago Calcetero Gonzalez
C.C 1.023.001.786
cel: 3052543748

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	**ANDRES SANTIAGO CALCETERO GONZALEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1,023,001,786**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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 4629 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**27/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				2,413,685.00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4,476,996.00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	1,946,520.00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	**N° CRP INICIAL:**	40453	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3007
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474962357	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
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 ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 2,063,311	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43361	**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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**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 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 (01/10/2024) 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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023001786		CALCETERO GONZALEZ ANDRES SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 J # 64 A 09 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7621436	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	969669738	9474962357	I	2024/10/21	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$428,200

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$428,200	$0	$0	$428,200

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023001786		CALCETERO GONZALEZ ANDRES SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 22 J # 64 A 09 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7621436	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	969669738	9474962357	I	2024/10/21	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias		IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700			$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700			$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700			$0	$0
1	CC 1023001786	CALCETERO ANDRES	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30		$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700			$0	$0

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **ANDRES SANTIAGO CALCETERO GONZALEZ,** quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1023001786** y es titular de la cuenta terminada en ****9944** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
09/10/2024	$ 428.200,00	APORTES EN LINEA	969669738	69669738

Se expide en Bogotá, el 20-10-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.