

7	Verifique el alistamiento de los vehiculos de emergencias previo a verificacion por el CRUES
8	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a los establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que me acredita como contratista OP de la Subred Centro Oriente E.S.E
9	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
10	Implemente las listas de chequeo para monitorizacion y seguridad del paciente en cuanto limpieza y desinfeccion de los vehiculos de emergencia.
11	Realice informe y registro oportuno de datos criticos.
12	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.
13	Adopte los procesos, procedimientos, guias, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
14	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual
15	Cumpli con disposiciones respectivas de seguridad del paciente, condidencialidad de la informacion que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
16	Garantice la entrega y custodia de los equipos biomedicos al area respectiva cuando los vehiculos son direccionados al taller y/o aseguradora.
17	Aplique las politicas de calidad de la institucion participando activamente en los procesos del sistema de gestion de calidad insitucional.
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institucion.
19	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informes de cuentas de cobro, certificados de pago de aporte de seguridad social y demas soportes, para el pago de mis honorarios
20	Las demas actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto contractual y la ejecucion del Convenio 6677277-2024 APH dentro de la autonomia e independencia para el desarrollo del contrato, contenidad en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067368300	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	17/10/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	17/10/2024	\$ 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)

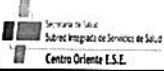
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

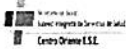
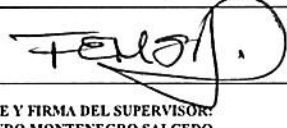
JOHNATAN DAZA AVENDAÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHNATAN DAZA AVENDAÑO

CC: 1023915614

CEL: 3013728331

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:		JOHNATAN DAZA AVENDAÑO		CC:	1023915614
CORREO ELECTRÓNICO:		jdaaaypre@gmail.com		RUT (NIT):	1023915614-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 2 # 38B 22 SUR		TELÉFONO:	3013728331
				CIUDAD:	BOGOTÁ DC
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.					
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				N° CUENTA:	0550004500224987
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4643 2024	N° CDP:	3461	N°. RP:	43375
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DÍAS	
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 (LETRAS Y NÚMEROS)		\$		1.946.520	
		UN MILLÓN NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS			
JOHNATAN DAZA AVENDAÑO					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHNATAN DAZA AVENDAÑO					
CC: 1023915614					
CEL: 3013728331					

		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			JOHNATAN DAZA AVENDAÑO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			I.023.915.614		
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 4643 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				27/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		2.413.685	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.476.996		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.946.520	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(2 de 3)		Nº CRP INICIAL: 40462	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3007	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067368300		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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (I)	PRORROGA (I)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.063.311	CDP DE LA ADICIÓN:	3461	RP DE LA ADICIÓN:	43375
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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 cláusula "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			

PAGADA 2024-10-17 15:22:25.0									
DATOS DEL APORTANTE									
Aportación Social		JOHNATAN DAZA AVENDANO							
Documento		CC 1023915614							
Tipo de Empresa		INDEPENDIENTE							
Tipo Persona		NATURAL							
Ciudad		BOGOTÁ D.C.							
Representante Legal									
DATOS DEL AFILIADO									
		Dirección		CR 2 #38 B - 22 SUR					
		Teléfono		3013728331					
		Forma Presentación		ÚNICO		Total Afiliados			
		Departamento		BOGOTÁ D.C.					
		Identificación							

Documento	CC 1023915614	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	03 00							
		DAZA AVENDAÑO JOHNATAN 11001000 - 11 BOGOTÁ D.C.						

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

[illegible]

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	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	EPS SURA	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	✓ \$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 370.500



9:00

VoLTE 99%



¡Hola, Johnatan Daza Avendaño!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. Los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada ✓
CUS: 988210802
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: \$ 374.300
Fecha de Transacción: 17/10/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ☑ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estás siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ☑ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ☑ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial

@ACHColombia

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial



Responder



99+

