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 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							
CORTES GOMEZ CAMILO IVAN							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**80.108.091**			
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 2826 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	**$**	**3.833.832**	**PLAZO INICIAL DEL**	**1 MES 28 DIAS**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**22.446.108**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.291.080**	
Nº DE INFORME:	**10**		**Nº CRP:**	**14.064**	**Nº CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**9 MESES 10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**3BL HOSPITAL SAN BLAS**					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22289**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25230**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.473.440**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29245**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.267.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32514**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.688.276**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36636**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 618.000**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2783**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**39865**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**

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**
1	REALICE REGISTRO EN Libro de novedades de traslados de la movil asignada
2	REALICE DILIGENCIMIENTO DE bitacoras de traslados de la movil asignada
3	REALICE ACTIVIDADES CONTRACTUALES DEACUERDO AL CONTRATO PS 2826 2024
4	REALICE ACTIVIDADES DE DESINFECCION RUTINARIA DE LAS MOVILES
5	REALICE ACTIVIDADES DE APOYO EN SERVICIO DE URGENCIAS UNIDAD SAN BLAS
6	Realice 116 horas en unidad SAN BLAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067223726**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/10/2024**	**$**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/10/2024**	**$**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**RIESGO 4**	**$**	**-**
OTRO				
TOTAL PAGADO			**$ 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

CORTES GOMEZ CAMILO IVAN
CC 80108091
CEL 3155286137

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:	**CORTES GOMEZ CAMILO IVAN**	**CC:**	**80108091**
		RUT (NIT):	**NA**
CORREO ELECTRÓNICO:	miloicg112@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3155286135**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**tv 82 bis n 83 39**	**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:	**BANCO DE BOGOTÁ**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**102661071**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2826 2024**	**Nº CDP:**	**2783**	**Nº. RP:**	**39865**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 MESES 28 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22446108**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01-10-2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.291.080**
	UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHENTA PESOS MTE					

Camilo Cortés G

CORTES GOMEZ CAMILO IVAN
C.C. 80108091
CEL. 3155286135

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 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	CORTES GOMEZ CAMILO IVAN				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.108.091				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 2826 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.833.832				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 22.446.108	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.291.080		
N° PAGO / N° DE INFORME:	10	N° CRP INICIAL:	14.064	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067223726	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA URGENCIAS TRASLADOS SEGUNDARIOS REFERENCIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES								
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				6	6	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22289	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25230	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES	
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.440	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29245	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES	
	$ 2.267.320		2200		32514		UN MES	
	$ 7.688.276		2598		36636		3 MESES	
VALOR ADICIONADO	$ 618.000	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39865	TIEMPO PRORROGADO:	3 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

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 A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
	ACTA DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL		

Proceso, área que lidera la reunión	Nombre de quien elabora el acta
DIRECCION DE URGENCIAS	Johon Jairo Rodríguez Aponte

1. Objetivo de la reunión:

Acta de incumplimiento contractual al Tecnólogo de enfermería CAMILO IVAN CORTES GOMEZ

2. Temas a tratar:

Actividades contractuales

3. Desarrollo:

Se realiza acta de incumplimiento al tecnólogo de enfermería CAMILO IVAN CORTES GOMEZ por tener reiterativos incumplimientos que se han presentado durante prestación de las actividades en el contrato de prestación de servicios, en la **CLÁUSULA SEGUNDA. OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. GENERALES:**

1) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.
4) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la **SUBRED** a través del supervisor del contrato.

ESPECIFICAS:

1. Recibir y entregar turno de acuerdo a los protocolos de la entidad.
12. Aplicar, acatar y cumplir con los procesos, procedimientos, guías y demás normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.

En más de 4 oportunidades se ha abordado al tecnólogo de enfermería solicitando el cumplimiento de los protocolos de la institución a lo cual no ha sido posible el cumplimiento por tal razón se levanta acta de incumplimiento contractual.

A la vez la importancia del recibo y entrega de turno, dejando las novedades de la móvil y aquellas que se generen en la realización de la actividad.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	CODIGO:ET-CO-FT-001 VERSION:05
	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	FECHA: 2024-06-04

FECHA AÑO/MES/DÍA	NOMBRE DE LA REUNIÓN	HORA INICIO	HORA FINAL
	ACTA DE INCUMPLIMIENTO CONTRACTUAL		

CAMILO IVAN CORTES GOMEZ
C.C. 80.108.091

P

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
Líder Referencia y contra referencia, traslados secundarios SISSCOO