| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | JOSE ARNULFO VALERO ARCILA | | | | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 79.854.162 | | | | | |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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 2789 2024 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 21/01/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4.001.360 | | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 9.166.752 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 436.512 | |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 7 | N° CRP INICIAL: | 14030 | N° CDP INICIAL DEL CONTRATO | 317 | |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | 9 MESES;10 DIAS | | | | | |
| N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9474705960 | | | OPERADOR: | APORTES EN LINEA | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓN: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | ADICION 3 | PRORROGA 5 |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.291.688 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1030 | RP DE LA ADICIÓN: | 22260 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.291.688 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1270 | RP DE LA ADICIÓN: | 25199 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 582.016 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | RP DE LA ADICIÓN: | 36607 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES MESES (3) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | 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: | |
| 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) | | | |
|---|---|---|---|
| N° DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: | N/A |

| IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS | | | |
|---|---|---|---|
| SE VERIFICA 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**<br>**CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**<br><br>Johon Jairo Rodriguez A<br>C.C 3.087.070<br>Enfermero Epidemiólogo<br>Especialización G.I.S<br>**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**<br>**PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO** |

| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | | |
| JOSE ARNULFO VALERO ARCILA | | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | | 79.854.162 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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 2789 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 21/01/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | $ 4.001.360 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28) | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | | $ 9.166.752 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 436.512 | | |
| N° DE INFORME: | 7 | | N° CRP: | 14030 | N° 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<br>DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 | | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 3 / | PRORROGAS | 5 / | |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.291.688 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1030 | CRP DE LA ADICIÓN: | 22260 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 2.291.688 | CDP DE LA ADICIÓN: | 1270 | CRP DE LA ADICIÓN: | 25199 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 582.016 | CDP DE LA ADICIÓN: | 2598 | CRP DE LA ADICIÓN: | 36607 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | CRP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | UN MES (1) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | CRP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES MESES (3) |
| VALOR ADICIONADO | $ 0 | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | CRP DE LA ADICIÓN: | 0 | 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 (SI APLICA) | | | |
|---|---|---|---|
| Nº DE PÓLIZA: | N/A | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | N/A |
| FECHA DE LA PÓLIZA | N/A | 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 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 2 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 3 | **Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 48 HORAS** |
| 4 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 5 | Registro de ingresos de la movil asignada al taller |
| 6 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 7 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 8 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 9 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 10 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 11 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 12 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 13 | Actas de capacitacion del mes cobrado |
| 14 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 15 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 16 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 17 | Bitacora de entregas la movil asignada |
| 18 | Ningun llamado de atencion por presentacion personal |
| 19 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 20 | Bitacora de traslados de la movil asignada |
| 21 | Historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial |
| 22 | Bitacora de traslados de la movil asignada |

| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9474705960 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | FAMISANAR | 08/10/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 08/10/2024 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | N/A | 08/10/2024 | $ 0 |
| OTRO | N/A | | $ 0 |
| 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



**JOSE ARNULFO VALERO ARCILA**

**C.C. 79.854.162**

**CEL: 3503318038**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JOSE ARNULFO VALERO ARCILA | C.C. | 79.854.162 |
| | | RUT(NIT): | 14965746074 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | josevale1977@hotmail.com | TELÉFONO: | 3503318038 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CARRERA 12D # 23A - 08 | CIUDAD: | BOGOTÁ 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 | 0 |

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 0 | NO X |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | OTRO | | | | |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE) | BANCOLOMBIA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 55236988057 |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 2789 2024 | N° CDP: | 2598 | N°. RP: | 36607 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :<br>9 MESES;10 DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 21/01/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/10/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br>$ 9.166.752 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS | | | | | |
| | $ 436.512 | | | | | |

JOSE ARNULFO VALERO ARCILA
C.C. 79.854.162
CEL: 3503318038

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79854162 | | VALERO ARCILA JOSE ARNULFO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 12 D # 23 A - 8 | MOSQUERA-CUNDINAMARCA | 8299360 | 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 | 968369211 | 9474705960 | I | 2024/10/15 | 2024/10/08 | NEQUI | 0 | $370,500 |

**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 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $370,500 | $0 | $0 | $370,500 |



2024/10/08 01:57 PM

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 79854162 | | VALERO ARCILA JOSE ARNULFO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 12 D # 23 A - 8 | MOSQUERA-CUNDINAMARCA | 8299360 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2024-09 | 2024-09 | 968369211 | 9474705960 | I | 2024/10/15 | 2024/10/08 | NEQUI | 0 | $370,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) | | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 79854162 | VALERO JOSE | | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS017 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |