62.4

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

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.403.287**		
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 2897 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.001.360**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14.186.640**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 565.640**
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	14124	**Nº CDP:**	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 ONCE MESES Y 10 DIEZ DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	5	**PRORROGAS**	5	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.291.688**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22340	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.291.688**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25279	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 909.400**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32557	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.146.864**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36682	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 545.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3763	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44941	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
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
Nº 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	Se dio buen uso propio de la naturaleza, propendiendo por el adecuado mantenimiento y custodia - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
2	Conserve y mantuve en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
3	Revise y cumpli los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
4	Tuve en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo, haciendo buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permaneciera con las condiciones necesarias para un óptimo servicio a la ciudadanía - Registrado en la bitácora de entrega de la móvil asignada.
5	Informe y solicite la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad - Registrado en los ingresos de la móvil al taller asignado.
6	A la fecha de presentación del presente informe cuento con los cursos establecidos y solicitados por el CRUE CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SALUD - Certificados de cursos aportados.
7	Reporte a la CRAU Central de Referencia Autorizaciones y Urgencias de la SISSCO todas las novedades relacionadas con los incidentes y los traslados de los pacientes al destino indicado por el personal de CRAU - Registrado en la bitácora de traslados de la móvil asignada.
8	Cumpli con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos enmateria de tránsito y transporte en el pais, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo - Estado de multas en los medios de verificación.
9	Utilice responsablemente las señales de emergencia: luces y sirena
10	Cumpli con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios - Registrado en la bitácora de traslados de la móvil asignada.

11	Realice el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas para el cumplimiento del contrato en el caso que aplico.
12	Informe con anticipación las novedades presentadas para la provisión del respectivo reemplazo
13	Desarrolle las obligaciones que se generaron directa e indirectamente del objeto contractual.
14	No se presentaron accidentes de tránsito en el desarrollo de las actividades contractuales que requirieran comunicación inmediatamente a la aseguradora de la SISSCO.
15	No se presentaron accidentes a algún peatón que requirieran cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo
16	Conozco y cumplo la politica de seguridad del paciente, reportando los eventos adversos e incidentes que sirvan para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
17	Use adecuadamente el radio de la ambulancia para la comunicación con la CRAU.
18	Utilice el teléfono institucional para tramites dentro de la SISSCO, propendiendo por el adecuado uso y manteniendo cargado el equipo todo el tiempo.
19	No se presentaron daños en la móvil asiganda que requirieran solicitar autorización a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller designado por la Subred.
20	Cumplí con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riesgo 4, Contenida en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato-Aporte asumido por la Subred.
21	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad entregar soporte de asistencial al supervisor de contrato
22	Realice revision del properacional diariamentede la movil asignada con adherencia a la reglamentacion vigente en seguridad vial establecida por la subred contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9474953316**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/10/2024	$ 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

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 79403287
CEL: 3158031008

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: 08/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ	**CC:**	**79403287**
		RUT (NIT):	79403287-4
CORREO ELECTRÓNICO:	gmatta28@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3158031008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 46 SUR # 23 89 INT 4	**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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24117344736**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2897 2024**	**N° CDP:**	**3763**	**N°. RP:**	**44941**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 ONCE MESES Y (10) DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14,186,640**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 08-11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**515.640**
	QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS MTE					

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
C.C 79.403.287
cel: 3158031008

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	**JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.403.287**

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 2897 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**4.001.360**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**14.186.640**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 545.640**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**11**	**N° CRP INICIAL:**	**14124**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 ONCE MESES 10 DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9474953316		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.291.688**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22340	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.291.688**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25279	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES Y 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 909.400**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32557	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	**$ 4.146.864**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36682	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 545.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3763	**RP DE LA ADICIÓN:**	44941	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
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 POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA POLIZA		**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 01-11-2024 AL 08--11-2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **PERFIL:** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

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 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	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	2024101013320041391	9474953316	I	2024/10/21	2024/10/10	BANCO AV VILLAS	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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$370,500	$0	$0	$370,500

☐	PS 2897 2024 CTA COBRO MARZO 2024..pdf	PS 2897 2024 CTA COBRO MARZO 2024..pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2897 2024 CTA COBRO MARZO 2024.pdf (Archivado)	PS 2897 2024 CTA COBRO MARZO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 CTA COBRO MAYO 2024.pdf	PS 2897 2024 CTA COBRO MAYO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 CTA COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	PS 2897 2024 CTA COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	PS 2897 2024 CTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf (Archivado)	PS 2897 2024 CTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 CUENTA COBRO 1 JUNIO 2024.pdf	PS 2897 2024 CUENTA COBRO 1 JUNIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 JULIO 2024.pdf	PS 2897 2024 JULIO 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP PS 2897 2024.pdf	RP PS 2897 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 CTA COBRO CAMBIO 1 OCTUBRE 2024.pdf	PS 2897 2024 CTA COBRO CAMBIO 1 OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 2897 2024 CTA 2 OCTUBRE 2024.pdf	PS 2897 2024 CTA 2 OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)