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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA				79.714.220			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2782 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/21/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.202.848	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	1 MES 28 DIAS				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.354.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			$ 2.003.400	
N° DE INFORME:	11	N° CRP:	14023	N° CDP:	317		
SALUD:	11 MESES 10 DIAS						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	7	PRORROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22253	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25192	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.494.052	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29212	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32480	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36600	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 474.620	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39854	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3.071.880	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46904	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° 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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	realice 180 horas de turno de acuerdo a los horarios de la entidad
2	controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de las subred con la periodicidad requerida según condicion clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolos en la historia clinica del traslado
3	oriente a los familiares de los pacientes para examenes diagnosticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, según normas establecidas para cada procedimiento
4	realice actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestacion de servicios de salud
5	informe ala enfermera jefe del servicio y medico tratante, sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna
6	realice la lista de chequeo instaurada en la subred, verificando cumplimiento de requerimiento de los pacientes que van a ser trasladados
7	mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignados durante el turno.

8	realice registros clinicos en forma oportuna, dilingenciando todas las casillas correctamente y dando cumplimiento a la resolucion 1995/1999, entregando el soportes en un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente.
9	cumpli las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestion ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales .
10	respondi por los inventarios, conservacion y uso adecuado de, los equipos , elementos e insumos . Al igual que el cuidado de la camilla de la movil .
11	aplique, acate y cumpli con los protocolos, procedimientos ,guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.
12	conte con la disposicion de asistir a reuniones y capacitaciones programas.
13	realice la desinfeccion oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según patologia del paciente .
14	repuse en la farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81192000	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/14/2024	$ 163.400
PENSIÓN:	PORVENIR	11/14/2024	$ 209.100
RIESGOS LABORALES:	R4		$ -
OTRO	CAJA COMPENSACION	11/14/2024	$ 26.200
TOTAL PAGADO			$ 398.700

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

HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS
CC:79714220
CEL:3228168874

180

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 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: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CC:	79714220
		RUT (NIT):	79714220-6
CORREO ELECTRÓNICO:	HARITOLLP@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3228168874
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 N° 73 D-65 SUR KENNEDY CENTRAL	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:	BANCO DE BOGOTÁ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102671401

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2782 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46904	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/21/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		12/31/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 23.354.636
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	DOS MILLONES TRESMIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE $ 2.003.400					

HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS
C.C 79714220
cel: 3228168874

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	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			HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.714.220		
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 DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2782 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/21/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.202.848,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.354.636	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.003.400,00		
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° (11)	N° CRP INICIAL:	14023	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81192000	OPERADOR:	MI PLANILLA		
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 DIRECTOR TENICO CODIGO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22253	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25192	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.494.052	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29212	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32480	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.565.240	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36600	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 474.620	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	RP DE LA ADICIÓN:	39854	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3.071.880	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46904	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	

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	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 TENICO CODIGO 009
	Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CLL 56 A SUR N 78 M 12	7795979	HARITOL.LP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81192000	$430.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS003	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-9	208.000	0	0	0	0	7	1.100	0	209.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	7	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	7	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	430.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79714220	HAROLD GILBERTO LETRADO PENAGOS	CLL 56 A SUR N 78 M 12	7795979	HARITOLLP@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81192000	$430.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	C.C.Extranj	Sublimp	Pensiones	Cotiz. adicional	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79714220	LETRADO PENAGOS HAROLD GILBERTO	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información