	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 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:	$ 10.258.032		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.673.296			
Nº DE INFORME:	8		Nº CRP:	14030	Nº CDP:	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS						
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	4	PRORROGAS	6	
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	$ 1.091.280	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46911	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:	DOS MESES (2)

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 específicas realizadas durante el mes)
1	Recibi turno y me reporte a Radio la disponibilidad
2	verifique el estado de la movil asignada, herramienta y diligencie el libro de novedades
3	**Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 184 HORAS**
4	Bitacora de traslados de la movil asignada
5	respondi el radio base, di novedades según lo estipulado por la CRAU
6	Porte el carnet institucional a todo momento
7	cumpli con el manuel de bioseguridad
8	Bitacora de entregas la movil asignada
9	Bitacora de traslados de la movil asignada
10	Bitacora de traslados de la movil asignada
11	Se realiza la prestacion del servicio con trato digno y respetoso
12	Bitacora de entregas la movil asignada
13	Actas de capacitacion del mes cobrado
14	Bitacora de entregas la movil asignada
15	Diligenciemiento de actas de reunion
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	Reporte cada suceso al jefe
21	entrgue la movil en optimas condiciones al compañero
22	Entregue turno al compañero con las novedades que se presentaban en el turno

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9476487572		OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	13/11/2024		$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024		$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	N/A			$ 0
OTRO	N/A			$ 0
TOTAL PAGADO				$ 370.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



JOSE ARNULFO VALERO ARCILA

C.C. 79.854.162

CEL: 3503318038

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE ARNULFO VALERO ARCILA	C.C.	79.854.162
		RUT(NIT):	14965746074
CORREO ELECTRÓNICO:	josevalo1377@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:	3753	N°. RP:	46911	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES;10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 10.258.032
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	UN MILLÓN SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS					
	$ 1.673.296					

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

	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			**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:	**$ 10.258.032**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.673.296**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**8**	**N° CRP INICIAL:**	**14030**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**9476487572**		**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** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION 4**	**PRORROGA 6**
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	**$ 1.091.280**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**46911**	**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:**	**DOS MESES (2)**

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 **(01/11/2024 AL 30/11/2024)**			

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

Johon Jairo Rodriguez A
C.C 1.087.070
Enfermero Epidemiólogo
Especialización G.I.S

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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
2024-10	2024-10	1047399366	9476487572	I	2024/11/18	2024/11/13	NEQUI	0	$370,500

RESUMEN DE PAGO

Riesgo	Codigo	NIT	DV	Afiliados	Valor Liquidado	Intereses Mora	Saldos e Incapacidad	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				2	$370,500	$0	$0	$370,500

2024/11/13 03:07 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
2024-10	2024-10	1047399366	9476487572	I	2024/11/18	2024/11/13	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
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]
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

2024/11/13 03:07 PM