CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.015.418.912		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFECIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2911-2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				13.119.324
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	71.274.604	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 6.348.060		
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	14137	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO	11 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80372116	OPERADOR	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA URGENCIAS TRASLADOS SEGUNDARIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO CC 15.906.500(DIRECTOR TECNICO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACION:	0	TIPO DE MODIFICACION (ADICION –				ADICION (6)	PRORROGA (65)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA	1030	RP DE LA	22351	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA	1270	RP DE LA	25289	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.692.816	CDP DE LA	1619	RP DE LA	29296	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 6.665.463	CDP DE LA	2200	RP DE LA	32567	TIEMPO	(1 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 20.736.996	CDP DE LA	2598	RP DE LA	36692	TIEMPO	(3 MES)
VALOR ADICIONADO	$ 10.015.828	CDP DE LA	3753	RP DE LA	46965	TIEMPO	2 MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU	SI		NO	NA
N° DE POLIZA:	NA	NOMBRE DE LA		NA
FECHA DE LA POLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		NA

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 autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion 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 presento 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	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 DIRECTOR TECNICO URGENCIAS CODIGO 009 GRADO 05
	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIRC

Johon Jairo Rodriguez A
C.C. 3.087.070
Enfermero Epidemiólogo
Gestion G.I.S

180

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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA**	**CC:**	**1015418912**
		RUT (NIT):	**1015418912-3**
CORREO ELECTRÓNICO:	jhonatanev2205@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3214725419**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 80 # 7 d - 05**	**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

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**451500181842**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS2911-2024**	**N° CDP:**	**3353**	**N°. RP:**	**46965**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**12/31/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 71.274.604**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**6.348.060**
	SEIS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA Y OCHO MILSESENTA PESOS					



JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA
C.C 1015418912
cel: 3214725419

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: 2024-09-06

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.015.418.912**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFECIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADAD DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2911-2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 13.119.324**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**(1 MES Y 28 DIAS)**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 71.274.607**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.348.080**
N° DE INFORME:	**11**	**N° CRP:**	**14063**	**N° 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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22351**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25289**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.692.816**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29296**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 6.665.463**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32567**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(1 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 20.736.996**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36692**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(3 MES)**
VALOR ADICIONADO	**$ 10.015.828**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**46965**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**(2 MES)**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**	**NA**	**NO**	**NA**
N° DE PÓLIZA:	**NA**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**NA**
FECHA DE LA PÓLIZA	**NA**		**FECHA DE APROBACIÓN:**		**NA**

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)

ITEM	
1	Recibi y entrege turno de acuerdo alos protocolos de la unidad
2	condicion clinica informando al medico y enfermera las alteracionespresentadas y registradas en la historia clinica del traslado
3	la movil asignada
4	facilite el traslado del paciente urgentes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componenla red prestadora de
5	Realice actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones en la prestacion de servicios de salud
6	informar ala enfermera jefe del servicio y medico tratante sobre los estados clinicos del paciente en forma oportuna y adecuada
7	realice la lista de chequeo instaurada en la sub red verificando cumplimiento de requerimientos de los pacientes que van hacer trasladados
8	mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignada derante el turno
9	entregando el soporteen un termino no mayor a 24 horas en el area correspondiente
10	cumpli las normas institucionales de bioseguridadvigilancia epideomologioa gestion ambiental salud ocupacional y politicas institucionales
11	respondi por los inventarios conservacion y uso adecuado de los equipos elementose insumos al igual que el cuidado de la camilla de la movil
12	aplique acate y cumpli con los procesos procedimientos guias y demas normas definidas por la entidad de conformidad con el objetivo del contrato
13	conte con la dispocicion de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad
14	realice la desinfeccion oportuna de la camilla de acuerdo al protocoloestablecido para ello y segun patologioa del paciente
15	repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente derante el traslado
16	recibi y entregue al paciente ala enfermera del servicio cporrespondiente de acuerdo ala unidad de origuen y de destino
17	realice la revicion y mantonimiento del acceso venoso durante el traslado del paciente
18	repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente derante el traslado
19	recibi y entregue al paciente ala enfermera del servicio cporrespondiente de acuerdo ala unidad de origuen y de destino
20	realice la revicion y mantonimiento del acceso venoso durante el traslado del paciente
21	porte el uniforme de forma adecuada teniendo en cuenta las normas de presentacion personal
22	ofreci trato con calidez y calidad al paciente y la familia dando una atencion humanizada conservando el respeto por la dignidad humana
23	imparti educacion al paciente y ala familia sobre los cuidados especificos a tener en casa de acuerdo a la situacion clinica del paciente
24	mantuve la reserva de la informacion clinica y personal de los pacientes
25	ejerce las actividades propias de la profecion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las nesecidades del
26	ejerce las actividades propias de la profecion de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las nesecidades del
27	cumpli la politica de seguridad del paciente reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**81781829**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**14/11/2024**	**$ 316.800**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**14/11/2024**	**$ 405.500**
RIESGOS LABORALES:	**ARL**	**RIESGO 4**	**NA**
OTRO	**NA**	**NA**	**NA**
TOTAL PAGADO			**$ 722.300**

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

JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA
CC 1015418912
CEL3214725419

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	1015418912	JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA	transv 78b no 46 a 26 sur	6014570041	jhonatanev2205@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81781829	$722,300

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	315.000	0		0		0	8	1.800	0	316.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	403.200	0	0	0	0	8	2.300	0	405.500	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	315.000	316.800
Pensión	1	403.200	405.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	718.200	722.300

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	1015418912	JOHNATTAN ENRIQUEZ PINEDA	transv 78b no 46 a 26 sur	6014570041	jhonatanev2205@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	81781829	$722,300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	EAP	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
CC	1015418912	ENRIQUEZ PINEDA JOHNATTAN	3	0			N																	230201	2,520,000	403,200	0	0	0	0	EPS008	2,520,000	315,000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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