

9	Reporté sucesos de seguridad
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo
12	Cumplí con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
15	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
17	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, Novedades administrativas y Asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE
18	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehículo
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial
20	Asistí a las capacitaciones de seguridad vial de la Subred Centro Oriente
21	Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1068034436	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	18/11/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	18/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 370.500

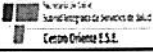
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAGO ANDRES TRIANA REINOSO
CC: 1110569711
CEL: 3133300150

		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 GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAGO ANDRES TRIANA REINOSO		CC:	1110569711	
CORREO ELECTRÓNICO:	andrestriana8844@gmail.com		RUT (NIT):	1110569711-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 8 ESTE 2C 37		TELÉFONO:	3133300150	
			CIUDAD:	BOGOTÁ DC	
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488442353576
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4719 2024	Nº CDP:	3765	Nº. RP:	47150
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	8/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 7.571.760
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 865.344 OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DAGO ANDRES TRIANA REINOSO CC: 1110569711 CEL: 3133300150					

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FI-078 VERSIÓN: 2
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN				
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DAGO ANDRES TRIANA REINOSO	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.110.569.711	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "API"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Na.		PS 4719 2024	FECHA INICIO CONTRATO	27/03/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	2.682.566	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.571.760	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 865.344
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 4)	N° CRP INICIAL:	40498	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DOCE (12) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068034436	OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "API"		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SÁLCEDO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
N° DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):		ADICIÓN (2) PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.968.658	CDP DE LA ADICIÓN: 3461	RP DE LA ADICIÓN: 43437	TIEMPO PRORROGADO: TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.920.536	CDP DE LA ADICIÓN: 3765	RP DE LA ADICIÓN: 47150	TIEMPO PRORROGADO: UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
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:
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)				
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI			NO X
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA			ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS				
SE VERIFICA QUE QUÉ HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO LABORAL 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 2007?		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 cláusula "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 PERÍODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SÁLCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMEIRA		

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLICUACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-19, 04:14:17 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068034436

Período Cotización: octubre de 2024

Período Servicio: octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8822621605

PAGADO 18/11/2024

EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAGO ANDRES TRIANA REINOSO
Documento	CC1110569711
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Total Afiliados	1

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades												Pensiones			Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotización												Administradores	IBC Pension	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ESAP	Aporte Minihabit	Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
CC 1110569711	DAGO ANDRÉS TRIANA REINOSO		03	00	00																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 370.500	\$ 3.500	\$ 374.000

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1059905249

Destino de pago

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Motivo

Pago PSE. Ref:8822621605-202410-59580. idTrans:59580

Fecha

18/11/2024

Número de aprobación

00905249

Dirección IP

186.84.37.66

Valor transacción

\$ 374.000,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

02

Referencia 2

900097333

Referencia 3

6311