227 H

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

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.670.786

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4737 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**29/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.682.566**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y DOS (02) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.679.928**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.046.178**
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	40647	**N° CDP:**	3008
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DIEZ (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:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**		2
VALOR ADICIONADO	**$ 2.076.826**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43454	**TIEMPO PRORROGADO**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 2.920.536**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47166	**TIEMPO PRORROGADO**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS
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**	
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
N° 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	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes. Hice reporte por medio institucional
2	Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. Atendi los casos asignados por el CRUE
3	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. Atendi los casos asignados por el CRUE
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. Se realiza limpieza y desinfeccion de la movil al dia
5	Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumpli con el porte de los elementos de identificación institucional. Realice la verificacion de la movil antes de iniciar turno
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E. Porte de manera adecuada el uniforme y el carnet institucional visible
7	Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad
8	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria, porte de manera de manera adecuada el tapabocas y realice el lavado de manos cada 2 horas
9	Reporté sucesos de seguridad. no aplica para el periodo certificado
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. Segui adecuadamente los protocolos institucionales
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo. Mantuve un buen trato y respeto con los pacientes y mi grupo de trabajo

12	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. Cumpli con todo el reglamento para la correcta seguridad del paciente
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. Acepte de manera oportuna los casos asignados por el CRUE
14	Aplique las politicas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo
15	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. Asisti y participe por las diferentes actividades programadas por el lider de la unidad funcional
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. informe al gestor de los diferentes desplazamientos de la ambulancia
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. Actas y sistencias en custodia por la coordinación de la unidad funcional
18	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presento el vehiculo. Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial, Bitacora de entrega de turno y novedades del vehiculo
20	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios, entrega de cuenta de cobro y soportes

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067336826**	**OPERADOR:**	**PAGO SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	15/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	15/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:			
OTRO	COMPEMSAR CCF	15/11/2024	$ 26.000
TOTAL PAGADO			$ 396.500

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

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN
CC: 79,670,786
CEL: 300 5285849

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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN	**CC:**	79670786
		RUT (NIT):	79670786 - 1
CORREO ELECTRÓNICO:		**TELÉFONO:**	3005285849
DIRECCIÓN DOMICILIO:		**CIUDAD:**	Bogotá

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 ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0570004870385301**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4737 2024**	**Nº CDP:**	**3765**	**Nº. RP:**	**47166**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y DIEZ (10) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**29/08/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**08/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 7,679,928**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.046.178**
	DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS					

JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN
C.C 79,670,786
cel: 300 5285849

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	**JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.670.786**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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"APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 4737 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**29/08/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			2.682.566,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.679.928,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.049.178,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 DE 4)	**N° CRP INICIAL:**	40647	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067336826	**OPERADOR:**		SALUD TOTAL
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 2.076.826	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43454	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.920.536	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**RP DE LA ADICIÓN:**	47166	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (01) MES Y OCHO (08) DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**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 (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARITZA CARDENAS PALOMINO** **PERFIL: ENFERMERA**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-15, 10:59:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067336826

Periodo Cotización: octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

PAGADO 15/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN		
Documento	CC79670786	**Dirección**	CL 35A SUR #1 D - 33 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3005285849
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificacion	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79670786	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN	03	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.000	$ 0	$ 0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500	$ 0	$ 396.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-15, 09:44:10 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	JHAN ENRIQUE RUEDA HERRAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 79670786
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1067336826
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1051522477
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 396.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Codigo	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 162.500	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 26.000	$ 0
			SubTotales:	$ 396.500	$ 0
			Total a Pagar:		$ 396.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.