204

Secretaría Distrital 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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ARMANDO COLMENARES PEREZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		79.767.605			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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 2790 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$		3.710.000		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	18,988,272	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.855.176		
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	14031	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80839401 81439565	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 (6)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 2.291.688	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22261	TIEMPO PRORROGADO:	1MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.455.380	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25200	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.328.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29219	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.073.432	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32487	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.174.712	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36608	TIEMPO PRORROGADO:	3 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 1.964.304	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46912	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 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TENICO CODIGO 009 GRADO 05
	Johon Jairo Rodriguez A 1087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización GLS JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ARMANDO COLMENARES PEREZ**	**CC:**		**79767605**
		RUT (NIT):		**79767605**
CORREO ELECTRÓNICO:	ARMANDOCP1976@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**		**3122515533**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 68H N° 20A - 19 SUR**	**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 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.

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:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550462300077957**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2790 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46912**	**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:18,988,272**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN	**UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO SETENTA Y SEIS PESOS**					
	$ 1.855.176					

Armando Colmenares.

ARMANDO COLMENARES PEREZ

C.C 79767605

cel: 3122515533

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 ARMANDO COLMENARES PEREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA				**79.767.005**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR 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 2790 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 18.988.272**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.855.176**	
N° DE INFORME:	**12**	**N° CRP:**	**14031**	**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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.291.668**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22261**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.455.380**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25200**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.328.404**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29219**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.073.432**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32487**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**1 MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 3.164.712**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36608**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**3 MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.964.304**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46912**	**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	Di buen uso propio de mi naturaleza propediendo de su adecuado mantenimiento y custodia - REALICE 172 HORAS UNIDAD SAN BLAS
2	Conserve y mnatuve mi perfecta condicion estado de presentacion y seguridad la movil asignada
3	Revise y cumpli los protocolos y procedimientos establecidos por la SUBRED inherentes al objeto del contrato
4	Tuve en cuenta los aspectos tecnicomecanicos del vehiculo e hice buen uso del mismo tomando las medidas preventivas y correctivas si es el caso con el fin de evitar su deterioro
5	Informe y solicite la relacion de mantenimuebtos preventivos y correctivos ala ambulancia que tuve bajo mi responsabilidad
6	Asisti y actualize todos los cursos establecidos y solicitados por el CRUE
7	Reporte ala crau centro de referencia autorizaciones y urgencias de la SISSCO todas las novedades relaciondas con los incidentes y los traslad de os pacientes al destino indocado por el personal de crau
8	Cumpli con la s normas de seguridad según los parametros establecidos en materia de transito y trasporte en el pais teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo
9	Utilice responsable mente las señales de emergencia luces y sirena
10	Cumpli con la progaraacon y agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios
11	Realice cambio de turno cumpliendo con la directrices estabecidas por el cumplimiento del contrato
12	Desarrolle las olbigaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contraactual
13	Comunique indirectamente ala aseguradora de la SISSCO los accidentes de transito

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	91439565		**OPERADOR:**	**MI PLANILA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	09/12/2024		163.200
PENSIÓN:	**PORVENIR**	09/12/2024		208.900
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**			
OTRO				
	TOTAL PAGADO			$372.100

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé 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)

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

Armando Colmenares

ARMANDO COLMENARES PEREZ
CC:79767005
CEL:3212515533

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	79767605	ARVANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81439565	$372.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	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	800224808-8	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
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	370.500	372.100

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	79767605	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81439565	$372.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Multa	Extranjero	Colom. x exterior	Suspensión	IRP	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
CC	79767605	COLMENAREZ PEREZ ARMANDO	3	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	182.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está validado como PAGADO por parte de Compensar Operador de información