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

ORLANDO SANTOS RUIZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.378.922				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2022 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.492.096	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.031.112		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.429.280	
N° DE INFORME:		**N° CRP:**	13921	**N° CDP:**	280
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	9	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	9	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 1.955.380	**CDP DE LA ADICIÓN:**	945	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21791	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.264.576	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1269	**CRP DE LA ADICIÓN:**	24836	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.728.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	28031	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.637.260	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2202	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33173	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.820.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2614	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37330	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2786	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39533	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 211.160	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3693	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44891	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3.680.600	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3756	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46077	**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO	$ 930.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	**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 especificas realizadas durante el mes)**
1	Entregar lo pendiente del turno al compañero que recibe, se realizaron: 252 Horas para el mes de diciembre 2024
2	Se garantizo el traslado de los pacientes entre las diferentes areas de manera oprtuna, segura, humanizado y grantizando la seguridad del paciente
3	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando las normas de calidad y seguridad
4	Se realizo el traslado del 100% de las muestras garantizando el uso adecuado de los elementos de bioseguriad
5	Se realizo la gestion de facturacion del 100% de las ordenes de servicio de los pacteintes que requirieron apoyo diagnostico
6	Se realizo el traslado del 100% de los equipos e insumos de manera segura
7	Se garantizo la custodia de los equipos asignados para el cumplimiento de las actiiades programadas en el mes
8	Se realizo el proceso de limpieza y desinfeccion de los equipos asignados para el cumplimiento de las actividades programadas en el mes
9	Se cumplieron las actividades asignadas de manera responsable y trabajo en equipo
10	Se cumplio el manejo de la historia clinica de acuerdo a lo establecido en la normatividad
11	Se participo en las reuniones y capacitaciones programadas para el mes
12	Las actividades programadas se desarrollaron garantizando la confidencilidad de la informacion
13	Se realizaron los reportes de sucesos de seguridad durante el desarrollo de las actividades programadas
14	Se garantizo una comunicacion efectiva y oportuna con el equipo de trabajo
15	El 100% de los cadaveres se trasladaron de acuerdo al protocolo de Manejo digno del Fallecido
16	Se garantizo el traslado del 100% de los pacientes a las diferentes areas a nivel institucional de manera oportuna y segura
17	Se realizo la gestion administrativo del 100% de las ordenes de servicio de los pacientes que requirieron apoyo diagnostico
18	Las actividades programadas se realizaron de acuerdo a los protocolos institucionales
19	Se garantizo la atencion del paciente con calidad, calidez y humanizacion a los pacientes asignados en el mes
20	Se cumplieron las actividades desde mi competencias en la atencion de los pacientes con codigo rojo, azul teniendo encuenta directricez institucionales
21	Se realizaron los registro de las actiiades de la Hoja de ruta del camillero
22	Se ejecutaron las actividades programadas para el de de acuerdo a las competencias
23	Se realizo el uso adecuado del uniforme durante la programacion de actividades para el mes
24	se cumplio con el diligenciamiento y entrega oportuna hoja de ruta
25	se apoyaron las actividades cuando se activa el plan de contingencia en diferentes servicios (Medicamentos, dispositivos e insumos)
26	se Porto el uniforme teniendo en cuenta las normas de higiene y bioseguridad de la Subred
27	se cumplio con Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades .

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1068077659		**OPERADOR:**	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS		9/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		9/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		9/12/2024	$	31.700
OTRO				**$**	-
TOTAL PAGADO				$	402.200

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 ocasion 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

ORLANDO SANTOS RUIZ
C.C: 79378922
CEL: 3002948910

Secretaría Distrital 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

ORLANDO SANTOS RUIZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79.378.922

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2022 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.031.112			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.429.280
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	**N° CRP INICIAL:**	13921	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES 10 DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068077659	**OPERADOR:**	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				8	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 1.955.380	**CDP DE LA**	945	**RP DE LA**	21791	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.264.576	**CDP DE LA**	1269	**RP DE LA**	24836	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.728.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1614	**RP DE LA ADICIÓN:**	28031	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.637.260	**CDP DE LA**	2202	**RP DE LA**	33173	**TIEMPO**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.820.500	**CDP DE LA**	2614	**RP DE LA**	37330	**TIEMPO**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 311.220	**CDP DE LA**	2786	**RP DE LA**	39533	**TIEMPO**	0
VALOR ADICIONADO	$ 211.160	**CDP DE LA**	3693	**RP DE LA**	44891	**TIEMPO**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ 3.680.600	**CDP DE LA**	3756	**RP DE LA**	46077	**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO	$ 930.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX

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 ejecucion 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:	**NATHALY DUQUE SALAZAR** **Enfermero Codigo 243 Grado 20 - Referente Enfermeria** **MARCELA TRIVIÑO CORTES** **Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria**

V.B

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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ORLANDO SANTOS RUIZ	**CC:**	79378922
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	ORLANDOSANTOSR@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3002948910
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 76 SUR 12 06	**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.

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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8300606962**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA				

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2022 2024	**N° CDP:**		**N°. RP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 26031112**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					2.429.280
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					

ORLANDO SANTOS RUIZ
79378922
3002948910

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 10:28:31 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068077659

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago 8810822858

PAGADA 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ORLANDO SANTOS RUIZ		
Documento	CC79378922	Dirección	CL 76 SUR #12 - 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3002948910
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	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	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 Ministeri
79378922	ORLANDO SANTOS RUIZ	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	

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)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$0	$208.000	$162.500	$31.700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200	$1.000	$403.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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