Secretaría Distrital 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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	Camilo Iván Cortés Gómez	**CC:**		80 108 091
		RUT (NIT):		8692
CORREO ELECTRÓNICO:	milocg112@hotmail.com	**TELÉFONO:**		315 528 61 35
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Transversal 82bis # 83-39	**CIUDAD:**		Bogotá D.C.

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:	**OTRO**					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**Banco de Bogotá**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**		**102661071**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2826 2024**	**Nº CDP:**	**3753**	**Nº. RP:**	**46938**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 26,875,648**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 2,047,920**					
	Dos millones cuarenta y siete mil novecientos veinte mte					

Camilo I. Cortés G.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA, Camilo Iván Cortés Gómez
C.C. 80 108 091
cel: 315 528 6135

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						
Camilo Iván Cortés Gomez						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			c.c. 8010809			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios tecnicos como auxiliar de enfermeria II (ambulancia) para desarollar actividades en la dirección de urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2826 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.833.832**		**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**1 MES 28 DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 26,875,648**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2,047,920**
Nº DE INFORME:	12		**Nº CRP:**	14064	**Nº 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				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	**7**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22289	**TIEMPO PRORROGADO:**	un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25230	**TIEMPO PRORROGADO:**	un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29245	**TIEMPO PRORROGADO:**	un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32514	**TIEMPO PRORROGADO:**	un mes
VALOR ADICIONADO	$ 7.688.276	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36636	**TIEMPO PRORROGADO:**	tres meses
VALOR ADICIONADO	$ 618.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39865	**TIEMPO PRORROGADO:**	tres meses
VALOR ADICIONADO	$ 1.669.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46938	**TIEMPO PRORROGADO:**	dos meses
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 (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	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 específicas realizadas durante el mes)**
1	Yo Camilo Cortés recibi y entregue turno de acuerdo a los protocolos de la entidad.
2	Yo Camilo Cortés controle los signos vitales de cada uno de los pacientes trasladados dentro de las unidades de la Subred de Servicios de Salud Centro Oriente con la periodicidad requerida según condición clinica informando al medico y enfermera las alteraciones encontradas y registrandolas en la historia clinica del traslado.
3	Yo Camilo Cortés oriente a los familiares de los pacientes para examenes diagnosticos de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnologia requerida, según normas establecidas para cada procedimiento.

4	Yo Camilo Cortés realice actividades propias del cuidado de enfermeria previniendo acciones inseguras en la prestación de servicios de salud.
5	Yo Camilo Cortés registre los datos del termohigrometro en el formato correspondiente
6	Yo Camilo Cortés informe a la enfermera Jefe del servicio y medico tratante sobre los cambios del estado clinico de los pacientes en forma oportuna y adecuada.
7	Yo Camilo Cortés mantuve limpia y ordenada la ambulancia asignada durante el turno.
8	Yo Camilo Cortés cumpli las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiologica, gestión ambiental, salud ocupacional y demas politicas institucionales
9	Yo Camilo Cortés respondi por los inventarios, conservación y uso adeacuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la camilla de la movil ambulancia.
10	Yo Camilo Cortés aplique, acate y cumpli con los procesos, procedimientos, guias y demas normas definidas por la entidad, de conformidad con el objeto del contrato.
11	Yo Camilo Cortés conte con la disposición de asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la entidad.
12	Yo Camilo Cortés realice la desinfección oportuna de la camilla de acuerdo al protocolo establecido para ello y según la patologia del paciente.
13	Yo Camilo Cortés repuse en farmacia los insumos utilizados por el paciente durante el traslado.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	BB 226437 31	**OPERADOR:**	SIMPLE.CO

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR EPS	10 12 2014	162 500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10 12 2014	208 000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA ARL	Riesgo 4	0
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 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

Camilo Iván Cortés Gómez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 80 108 091
CEL: 315 5286135

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-10, 11:16:37 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068647422 **Referencia pago(PIN)** 8822693231

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

Cliente:

PAGADA 2024-12-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILO IVAN CORTES GOMEZ				
Documento	CC 80108091	**Dirección**	TV 82 BIS N # 83- 39		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3155286135		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80108091		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					CORTES GOMEZ CAMILO IVAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trns. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 1.300.000	25-14		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	NN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

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!

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					
Camilo Iván Cortés Gómez					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD c.c. 80 108 091					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios tecnicos como auxiliar de enfermeria II (ambulancia) para desarollar actividades en la dirección de urgencias de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2826 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26,875,648		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		($2,047,920)
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	14064	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068088205 88226932 31		**OPERADOR:**	SIMPLE.CO	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	Dirección Tecnica Urgencias traslados secundarios referencia y contrareferencia				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL Hospital San Blas				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	Fernando Montenegro Salcedo				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22289	**TIEMPO PRORROGADO:**	Un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25230	**TIEMPO PRORROGADO:**	Un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.473.440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:**	29245	**TIEMPO PRORROGADO:**	Un mes
VALOR ADICIONADO	$ 2.267.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32514	**TIEMPO PRORROGADO:**	Un mes
VALOR ADICIONADO	$ 7.688.276	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36636	**TIEMPO PRORROGADO:**	Tres meses
VALOR ADICIONADO	$ 618.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2783	**RP DE LA ADICIÓN:**	39865	**TIEMPO PRORROGADO:**	Tres meses
VALOR ADICIONADO	$ 1,669,500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46938	**TIEMPO PRORROGADO:**	Dos meses
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° ( )	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° ( )	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O 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:**	

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 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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR** Fernando Montenegro Salcedo **CARGO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR Johon Jairo Rodriguez A