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

CÓDIGO: AP-IA-FT-077
VERSIÓN: 2

80 horas

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**79.622.053**

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 4735 2024	**FECHA INICIO CONTRATO**			**8/28/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.682.566**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (01) MES Y TRES (03) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.779.082**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**		**540.840**
Nº DE INFORME:	**5**	**Nº CRP:**	40573	**Nº CDP:**	3008
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**		2
VALOR ADICIONADO	**$ 2.175.980**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43452	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 2.920.536**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47164	**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**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

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)

ITEM	
1	ENTREGAR TURNO DE MANERA PRESENCIAL EN LA BASE PRIMARIA DE LA UNIDAD MÓVIL
2	EFECTUAR LOS RESPECTIVOS PREOPERACIONALES AL RECIBIR TURNO Y ENTREGAR TURNO EN LA PLATAFORMA NEXUS
3	ENTREGAR NOVEDADES DEL TURNO REALIZADO DE FORMA PRESENCIAL
4	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL LIMPIA Y ORDENADA AL COMPAÑERO EN LA BASE PRINCIPAL
5	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL TANQUEADA Y EN BUENAS CONDICIONES AL FINALIZAR EL TURNO DE NOCHE
6	COLABORAR CON EL CUIDADO DEL PACIENTE EN EL ENCAMILLADO Y EN EL DESPLAZAMIENTO HACIA LA INSTITUCIÓN
7	REALIZAR LOS DESPLAZAMIENTOS DERIVADOS DE VALORACIONES Y TRASLADOS ESTABLECIDOS POR EL MÉDICO REGULADOR DEL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE
8	MANTENER LA AMBULANCIA EN LAS CONDICIONES DE ASEO FUNCIONAMIENTO PRESENTACIÓN Y CONSERVACIÓN ÓPTIMAS PARA EL TRASLADO Y VALORACIÓN DEL PACIENTE

9	CUMPLIR CON EL PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA REGISTRADO TODO TIPO DE NOVEDADES Y NECESIDADES ADMINISTRATIVAS O ASISTENCIALES PARA GARANTIZAR LA OPERATIVIDAD DE LA UNIDAD MÓVIL
10	SALVAGUARDAR CADA UNO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS ASIGNADOS EN LA UNIDAD MÓVIL DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIO
11	CUMPLIR CON EL PORTE DE LOS ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN INSTITUCIONAL Y EL BUEN USO DEL UNIFORME DE DOTACIÓN
12	PORTAR DE MANERA DECOROSA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES ACORDE A LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE IMAGEN DEL CRUEL JUNTO CON EL CARNET QUE LO ACREDITA COMO CONTRATISTA DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
13	DAR CUMPLIMIENTO A LO ESTIPULADO Y CONTEMPLADO EN EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD
14	VELAR POR LA OPORTUNIDAD DE PERTINENCIA CONTINUIDAD SEGURIDAD RACIONALIZACIÓN Y RESOLUTIVA EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA
15	REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD
16	ADOPTAR LOS PROCESOS PROCEDIMIENTOS GUÍAS INSTRUCTIVOS FORMATOS DE PROTOCOLO QUE SE REQUIERA PARA ACABAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
17	TRATO DIGNO Y HUMANIZADO TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO EN EL DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL
18	ATENDER LAS INDICACIONES DEL LÍDER DE LA TRIPULACIÓN MÉDICO EN LAS UNIDADES MÓVILES DE MEDIANA COMPLEJIDAD Y EN LA DE BAJA COMPLEJIDAD AL MÉDICO REGULADOR QUIEN DEFINE EN CADA CASO LAS INSTRUCCIONES EN EL PROCESO DE LA ATENCIÓN PARA OBTENER EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ASIGNADAS PARA EL PROGRAMA
19	REALIZAR EL ADECUADO REPORTE DE NOVEDADES E INCIDENTES PRESENTADOS DURANTE LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES ADSCRITAS AL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA SIEMPRE POR MEDIO DEL EQUIPO DE RADIO COMUNICACIONES A LA CENTRAL Y POR MEDIO DE CELULARES Y APLICATIVOS AL PROFESIONAL DE ENLACE ASIGNADO
20	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE O LA INSTITUCIÓN

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**	**SIMPLE** ✓
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	16-12-2024	$ 208.600
PENSIÓN:	**PORVENIR**	16-12-2024	$ 163.000
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 371.600

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

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
CC. 79622053
CEL: 3115943539

	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

Secretaría Distrital de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES	**CC:**	79622053
		RUT (NIT):	79622053-7
CORREO ELECTRÓNICO:	giovas973@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3115943539
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 11 67A 88 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

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488301311938**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4735 2024**	**N° CDP:**	**3765**	**N°. RP:**	**47164**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES 11 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**8/28/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**8/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 7.779.082**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 08/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**540.840**
	QUINIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE					

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
C.C 79622053
cel: 3115943539

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y	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			**HUGO JEOVANNY MORALES TORRES**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**79.622.053**		
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 4735 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**			**8/28/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				2.682.566,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 7.779.082,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$**	**540.840,00**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**(5 de 5)**	**N° CRP INICIAL:**	40573	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3008
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES Y ONCE (11) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**OPERADOR:**	SIMPLE		
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	$ 2.175.980	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3461	**RP DE LA ADICIÓN:**	43452	**TIEMPO PRORROGADO:**	TREINTA Y UN (31) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.920.536	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3765	**RP DE LA ADICIÓN:**	47164	**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:**	

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 (01/12/2024) AL (08/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

Maritza Cárdenas
Enfermera Jefe

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARITZA CARDENAS PALOMINO
PERFIL: ENFERMERA

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	2024-12-16, 08:40:11 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
CEDULA CIUDADANIA	CC 79622053
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068670299
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1130012063
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 371.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 600
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 162.500	$ 500
			SubTotales:	$ 370.500	$ 1.100
			Total a Pagar:		$ 371.600

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!

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.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!