180h

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | | |
| **JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO** | | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | | 1.007.387.550 | | | |
| **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 7120405-2024 "APH" | | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | PS 5699 2024 | **FECHA INICIO CONTRATO** | | | 09/12/2024 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 2.309.988 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TREINTA Y UN (31) DIAS | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 2.309.988 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** 1.622.520 | | | | |
| **N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP:** | 50886 | **N° CDP:** | 4122 | | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TREINTA Y UN (31) DIAS | | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 3BL HOSPITAL SAN BLAS | | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 0 | **PRORROGAS** | | 0 |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** - | **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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. |
| 2 | Preste 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. |
| 3 | Realice los desplazamientos derivados devaloraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 4 | Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. |
| 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 cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional. |
| 6 | Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 7 | Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 8 | Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria. |
| 9 | Reporte los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales. |
| 10 | Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |
| 11 | Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 12 | Atendi las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades |

| | |
|---|---|
| 13 | Atendi las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención |
| 14 | Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional |
| 15 | Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución. |
| 16 | Revice de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas. |
| 17 | Respondi y asistir 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. |
| 18 | Realice el registro adecuado y oportuno junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. |
| 19 | Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial. |
| 20 | Participe en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 21 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **1068266979** | **OPERADOR:** | **SIMPLE** |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SANITAS** | **09/12/2024** | **$ 162.500** |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | **09/12/2024** | **$ 208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | | | |
| **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

Santiago Arevalo.

**JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO**
**CC: 1007387550**
**CEL: 3007883283**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | | | |
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)** | | | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO | | | **CC:** | 1007387550 |
| | | | | **RUT (NIT):** | 1007387550-0 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | santiagoarevalo766@gmail.com | | | **TELÉFONO:** | 3007883283 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 65B 115B 42 | | | **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 | | | | | |
| **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:** | **BANCO DE BOGOTA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | 046304390 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)** | | | | | | |
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5699 2024** | **N° CDP:** | **4122** | **N°. RP:** | **50886** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TREINTA Y UN (31) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **09/12/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **08/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 2309988** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 09/12/2024 AL 31/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **1.622.520** |
| | **UN MILLON SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE** | | | | | |

Santiago Arevalo

**JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO**
**CC: 1007387550**
**CEL: 3007883283**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.007.387.550** | | |
| **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 7120405-2024 "APH" | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | | **PS 5699 2024** | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **09/12/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | | **$** | | | 2.309.988,00 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 2.309.988,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 1.622.520,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP INICIAL:** | 50886 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 4122 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TREINTA Y UN (31) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | | 1068266979 | **OPERADOR:** | | **SIMPLE** |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | | DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -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:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | ADICION ( 0 ) | PRORROGA ( 0 ) |
| **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 (09/12/2024) AL (31/12/2024)

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-09, 12:29:58 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068266979

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822640575

**PAGADO 09/12/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO | | |
| **Documento** | CC1007387550 | **Dirección** | CL 65B #115 - 42 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3007883283 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 Ministerio | Total |
| CC 1007387550 | JAIDER SANTIAGO AREVALO RONCANCIO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0.000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 |

## 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 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 | $ 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!

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