| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | | | |
| **DIEGO ANDRES SOLER OLAYA** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.000.159.429** | | |
| **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 4264 2025** | **FECHA INICIO CONTRATO** | **20/01/2025** | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 7.420.704** | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | **TRES MESES (3) Y DIES DIAS (10)** | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 7.420.704** | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 545.640** | | |
| **N° DE INFORME:** | **1** | **N° CRP:** | | **N° CDP:** | **137** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | **3 MESES;10 DIAS** | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | **3BL HOSPITAL SAN BLAS** | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**<br>**DIRECTOR TÉCNICO 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 (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **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<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | Dar al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia. |
| 2 | Conservar y mantener en perfecta condicion, estado de presentacion y seguridad de la movil asignada. |
| 3 | Revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la sissco inherentes al objeto del contrato. |
| 4 | Tener en cuenta todos los aspectos tecnico-mecanicos del vehiculo y hacer buen uso del mismo, tomando las medidas preventivas y las correctivas si es el caso, con el fin de evitar su deterioro y que permanezcan con las condiciones necesarias para un optimo servicio a la ciudadania |
| 5 | Informar y solicitar la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad. |
| 6 | Asistir y actualizar todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (crue). |
| 7 | Reportar al colaborador encargado de las actividades del subproceso de traslados, dentro del proceso de referencia y traslados asistenciales, todas las novedades relacionadas con incidentes y traslados de pacientes. |
| 8 | Cumplir con las normas de seguridad, segun los parametros establecidos en materia de transito y transporte en el pais, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo |
| 9 | Utilizar responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo a las necesidades especificas de cada traslado. |
| 10 | Cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios |
| 11 | En caso de presentarse novedades, informar con anticipacion dicha situacion para la provision del respectivo reemplazo. |
| 12 | Desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual |

| | |
|---|---|
| 13 | En caso de sufrir un accidente de transito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la sissco. |
| 14 | En caso de sufrir accidente a algun peaton cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo segun protocolo. |
| 15 | Conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que serviran para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento |
| 16 | Usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con el proceso de referencia y traslados asistenciales |
| 17 | Utilizar el telefono institucional para tramites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. |
| 18 | En caso que la movil sufra algun tipo de daño solicitar autorizacion a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad |
| 19 | Cumplir con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riego inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato |
| 20 | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad |
| 21 | Realizar el diligenciamiento del formato pre-operacional diariamente del vehiculo designado y adherirse a la reglamentacion vigente en seguridad vial |
| 22 | Utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño |
| 23 | Realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad |
| 24 | Recibir y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad |
| 25 | Las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | **NUEVO** | **OPERADOR:** | **MI PLANILLA** |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | NUEVO | NUEVO |
| PENSIÓN: | PORVENIR | NUEVO | NIEVO |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | NUEVO | NUEVO |
| OTRO | N/A | NUEVO | NIEVO |
| TOTAL PAGADO | | | NUEVO |

## 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Diego Soler

**DIEGO ANDRES SOLER OLAYA**

**C.C 1.000.159.429**

**CEL: 3115484341**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **DIEGO ANDRES SOLER OLAYA** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | **1.000.159.429** | | |
| **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 4264 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **20/01/2025** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 7.420.704** | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 7.420.704** | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$ 545.640** |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **1** | **N° CRP INICIAL:** | | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **137** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | **3 MESES;10 DIAS** | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | **NUEVO** | | **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**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05** | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **0** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | **ADICION 0** | **PRORROGA 0** |
| **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)** | | | | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | **N/A** | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | **N/A** | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | **N/A** | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | | **N/A** | |

**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

SE VERIFICA 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 **( 20/01/2025 AL 31/01/2025)**

| | |
|---|---|
| **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:**<br>**DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | Johon Jairo Rodriguez Aponte<br>CC 1081070<br>Enfermero Epidemiólogo<br>Vigilancia C.I.S<br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE**<br>**PERFIL:**<br>**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**<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**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DIEGO ANDRES SOLER OLAYA** | **C.C** | **1.000.159.429** |
| | | **RUT(NIT):** | **141066460600** |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | olayadiego032@gmail.com | **TELÉFONO:** | **3115484341** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | **CARRERA 88 # 54 C 83 SUR** | **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 | **0** |

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 0** | **NO X** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **OTRO** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **0550488421060614** |

**NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4264 2025** | **N° CDP:** | **137** | **N°. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**<br>**3 MESES;10 DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **20/01/2025** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/04/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**<br>**$ 7.420.704** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 20/01/2025 AL 31/01/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA PESOS** | | | | | |
| | **$ 545.640** | | | | | |

Diego Soler

**DIEGO ANDRES SOLER OLAYA**
**C.C 1.000.159.429**
**CEL: 3115484341**

Agente validación
20/enero/2025

RS 4264 2025

604 9
$ 545640

Famisanar

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) DIEGO ANDRES SOLER OLAYA identificado(a) con CC 1000159429 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **01/12/2018** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO 1 DE MAYO** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 03 días del mes de noviembre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

**Fredy Alexander Caicedo Sierra**
**Director Operaciones Comerciales**
EPS FAMISANAR S.A.S.

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**DIEGO ANDRES SOLER OLAYA,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.159.429**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Agosto del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

| 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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO AFILIACIÓN ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES | CÓDIGO: AP-IA-FT-024<br>VERSIÓN: 03<br>FECHA: 2023-03-17 |
|---|---|---|

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE — SURA (NOMBRE ARL)

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION — SURA (NOMBRE ARL)

| CC-CEDULA DE CIUDADANIA | 1.000.159.429 |
|---|---|
| TIPO DE DOCUMENTO | Numero de Documento |

| DIEGO | ANDRES | SOLER | OLAYA |
|---|---|---|---|
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido |

| 21/11/1999 | BOGOTA | CARRERA 94A # 65 - 41 SUR |
|---|---|---|
| Fecha de .Nacimiento | Ciudad de Residencia | Dirección de Residencia |

| FAMISANAR | PORVENIR | $ |
|---|---|---|
| EPS - Salud | AFP - Pensiones | Honorarios |

| CONDUCTOR DE AMBULANCIA | olayadiego032@gmail.com | 3115484341 |
|---|---|---|
| Perfil/ Profesión | Correo Electrónico | Celular |

Diego Soler

Firma del Afliado

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE**

**NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co**

**Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,** **12/08/2024**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor DIEGO ANDRES SOLER OLAYA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1000159429**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488421060614** |
| Fecha de apertura | **07/05/2021** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO