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						
ARMANDO COLMENARES PEREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CEDULA			**79.767.005**			
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 1995 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 9.821.520**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 9.821.520**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.291.348**		
N° DE INFORME:	**2**	**Nº CRP:**	**6564**	**N° CDP:**	**1**	
PLAZO DE CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS**					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO**					

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:**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	**N/A**	**NO**	**N/A**	
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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. dar al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia.
2	2. conservar y mantener en perfecta condicion, estado de presentacion y seguridad de la movil asignada.
3	3. revisar y cumplir los protocolos y procedimientos establecidos por la sissco inherentes al objeto del contrato.
4	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	5. informar y solicitar la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad.
6	6. asistir y actualizar todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (crue).
7	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	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	9. utilizar responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo a las necesidades especificas de cada traslado.
10	10. cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios
11	11. en caso de presentarse novedades, informar con anticipacion dicha situacion para la provision del respectivo reemplazo.
12	12. desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual
13	13. en caso de sufrir un accidente de transito comunicar inmediatamente a la aseguradora de la sissco.
14	14. en caso de sufrir accidente a algun peaton cumplir con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo segun protocolo.
15	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	16. usar adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con el proceso de referencia y traslados asistenciales
17	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	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	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	20. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
21	21. realizar el diligenciamiento del formato pre-operacional diariamente del vehiculo designado y adherirse a la reglamentacion vigente en seguridad vial
22	22. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
23	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	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	*25.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor* del contrato, realice por programacion de turnos 216 horas y cubri vacaciones y turnos asignados desde la oficina de referencia 54 horas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	**84059109**	**OPERADOR:**	**MI PLANILA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**10/02/2025**	**$ 178.800**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**10/02/2025**	**$ 228.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**		
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 407.600**

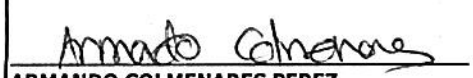
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 período correspondiente



ARMANDO COLMENARES PEREZ
CC:79767005
CEL:3212515533

1412

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ARMANDO COLMENARES PEREZ**	**CC:**	**79.767.605**
		RUT (NIT):	**79767605**
CORREO ELECTRÓNICO:	ARMANDOCP1976@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3122515533**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 68H N° 20A - 19 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 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.

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:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550462300077957**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1995 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6564**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9.821.520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.291.348**
	UN MILLÓN DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE.					

Armando Colmenares

ARMANDO COLMENARES PEREZ

C.C 79767605

cel: 3122515533

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ARMANDO COLMENARES PEREZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.767.605

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 1995 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.821.520				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.821.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.291.348
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	6564	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84059109		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 DIRECTOR TENICO CODIGO 009				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN PRÓRROGA):				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	N/A	NO	N/A	
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	

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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TENICO CODIGO 009 GRADO 05**
	Johan Jairo Rodriguez A C.C. 1.083.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79767605	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	84059109	$407.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	6	800	0	178.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-5	227.800	0	0	0	0	6	1.000	0	228.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.800
Pensión	1	227.800	228.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	407.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información