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						
HUGO JEOVANNY MORALES TORRES						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				79.622.053		
1. INFORMACIÓN 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 5698 2024		FECHA INICIO CONTRATO		9/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.309.988		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA Y UN (31) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.800.068			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.838.856
Nº DE INFORME:	3		Nº CRP:	50885	Nº CDP:	4122
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) 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	$ 2.055.192	CDP DE LA ADICIÓN:	36	CRP DE LA ADICIÓN:	7533	TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10287	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
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:			

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	PORTAR LOS DOCUMENTOS NECESARIOS Y QUE SUMINISTRA LA RED CENTRO ORIENTE
2	PORTAR EL UNIFORME DE UNA MANERA DECOROSA QUE SUMINISTRA LA RED CENTRO ORIENTE
3	DAR BUEN USO A LOS ELEMENTOS QUE SUMINISTRA LA RED CENTRO ORIENTE COMO SON LOS UNIFORMES INSTITUCIONALES Y CARNET INSTITUCIONAL
4	HACER LA ENTREGA DE TURNO DE LA UNIDAD MÓVIL EN SU BASE CORRESPONDIENTE CON LAS NOVEDADES QUE SE PRESENTEN
5	HACER CASO A LAS INDICACIONES DEL MÉDICO REGULADOR
6	ACATAR LAS ÓRDENES REMITIDAS POR EL CRUE A LA HORA DE TRASLADAR EL PACIENTE
7	TRASLADAR AL PACIENTE DE UNA FORMA SEGURA Y EFICAZ A LA INSTITUCIÓN ASIGNADA POR EL CRUE
8	ASEGURAR AL PACIENTE Y EVITAR ACCIDENTES DE CARÁCTER PERSONALES
9	EVITAR CONFLICTOS CON LA COMUNIDAD Y PRESTARLES LA BEBIDA ATENCIÓN EN SALUD
10	ASISTIR A LAS CAPACITACIONES DESIGNADAS POR LA RED CENTRO ORIENTE
11	SEGUIR LAS INSTRUCCIONES Y LAS ÓRDENES DADAS POR LA LÍDER DE LA UNIDAD FUNCIONAL
12	CUIDAR Y PROTEGER LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS BIOSANITARIOS DE LA UNIDAD MÓVIL
13	ENTREGAR LA UNIDAD MÓVIL TANQUEADA LIMPIA Y ORDENADA
14	VELAR Y PROTEGER LA INTEGRIDAD FÍSICA DE LA TRIPULACIÓN DE LA UNIDAD MÓVIL
15	REALIZAR LOS CURSOS SOLICITADOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL Y LA LÍDER DEL PROGRAMA
16	CUMPLIR CON EL HORARIO Y FECHAS ESTABLECIDAS PARA REALIZAR LOS TURNOS PROGRAMADOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL
17	LLEVAR EL DÍA LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS POR LA LÍDER Y EQUIPOS DE LA UNIDAD FUNCIONAL

18	TRASLADAR AL PACIENTE DE LA FORMA MÁS SEGURA A LA INSTITUCIÓN INDICADA POR EL CRUE
19	ASISTIR A LOS DISTINTOS EVENTOS PROGRAMADOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL Y ESTAR AL DÍA EN LAS NOVEDADES REQUERIDAS
20	HACER CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO PARA FUNCIONARIOS DE LAS UNIDADES FUNCIONALES A PH

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1070376822**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	12/2/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/2/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMB HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
C.C: 79.622.053
CEL: 3115943539

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 Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**HUGO JEOVANNY MORALES TORRES**	**CC:**	**79.622.053**
		RUT (NIT):	**79622053-7**
CORREO ELECTRÓNICO:	**giovas973@hotmail.com**	**TELÉFONO:**	**3115943539**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**Carrera 11 67A 88**	**CIUDAD:**	**BOGOTÁ**
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**	**Nº CUENTA:**	**488401311938**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	**PS 5698 2024**	**Nº CDP:**	**326**	**Nº. RP:**	**10287**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (3 MESES 22 DIAS)**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 8.800.068**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/02/2025 AL 28/02/2020**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.838.856** **UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE**					

HUGO JEOVANNY MORALES TORRES
C.C: 79622053
CEL: 3115943539

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	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 7120405-2024 "APH"

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5698 2024			FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.309.988,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.800.068,00			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.838.856,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	N° CRP INICIAL:	50885	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070376822		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:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 2.055.192	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7533	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10287	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
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 declaraci ó n del informe de ejecuci ó n de actividades?	X	
3	¿ Que el contratista present ó 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 articulo 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 (1/02/2025) AL (28/02/2025)

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
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-02-12, 12:05:03 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1070376822

Periodo Cotización 202501 **Periodo Servicio** 202501

Cliente:

PAGADA 2025-02-12

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES				
Documento	CC 79622053	**Dirección**	CR 11 #67 A - 66 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115943539		
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 79622053		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	03	00					MORALES TORRES HUGO JEOVANNY	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	COR	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 Tras. 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			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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!

12:02 37 %

PSE Transacción Aprobada - CUS 1261577345 ☑

S **serviciopse@achcolom...** 11:58 a. m.
Para Tú



¡Hola, Hugo jeovanny morales torres!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1261577345
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 405.800
Fecha de Transacción: 12/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Responder