259

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	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	**JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.403.287**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2040 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**9.821.520**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** **9.482.685.048**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.355.346**
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	**N° CRP INICIAL:**	6603	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MES Y VENTIOCHO (28) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482685048		**OPERADOR:**	APORTE EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				

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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	x	
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 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 (01-03-2025 AL 31-03-2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05** Johon Jairo Rodriguez A. C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización C.I.S **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **PERFIL:** **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** **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 JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**79.403.287**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2040 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**9.821.520**	**PLAZO INICIAL DEL**	TRES (3) MES Y VENTIOCHO (28) DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**9.821.520**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.355.346**
N° DE INFORME:	3		**Nº CRP:**	6603	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MES Y VENTIOCHO (28) DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 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:**	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
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

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9482685048	OPERADOR:	APORTE EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	11/03/2025	$	178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/03/2025	$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA			
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

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 79.403.287
CEL: 3158031008

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: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ	**CC:**	**79403287**
		RUT (NIT):	79403287
CORREO ELECTRÓNICO:	gmatta28@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3158031008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 46 SUR 23-89 INT. 4	**CIUDAD:**	BOGOTA 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 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)	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24117344736**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2040 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**6603**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) VEINTIOCHO (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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.355.346**
	DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE.					

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
C.C 79.403.287
cel: 3158031008

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	20250311113925041146	9482685048	I	2025/03/20	2025/03/11	BANCO AV VILLAS	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC 79403287	MATTA JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2025/03/11 11:39 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 46 SUR # 23 -89 INT 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3158031008	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	20250311113925041146	9482685048	I	2025/03/20	2025/03/11	BANCO AV VILLAS	0	$405,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$405,800**	**$0**	**$0**	**$405,800**