CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	RICARDO RODRIGUEZ REYES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.154.735

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (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 2060 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.684.800				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 10.684.800,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.070.180
N° PAGO / N° DE INFORME:	3	N° CRP INICIAL:	6621	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071079869		OPERADOR:		SIMPLE
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 TECNICO COD 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	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	NA	NO	NA
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		NA

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:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05** Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

186 Nov

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**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VER** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

RICARDO RODRIGUEZ REYES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.154.735

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (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 2060 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 10.684.800**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 10.684.800**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.070.180**
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	6621	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MES (3) Y VENTIOCHO DIAS (28)				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES 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:	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. cumplir y hacer cumplir las guias, procedimientos y demas documentos que apoyan el proceso de referencia y contra referencia en la subred integrada de servicios de salud centro oriente (sissco) e.s.e
2	2. recibir en la plataforma del software sirc las solicitudes de, las diferentes hospitales y centros de salud de la subred centro oriente
3	3. entrega de turno con registros como estrategia para fortalecer la transicion segura de las ordenes de servicios radicadas e informadas o sus pendientes (libro radicador) aplicativo sirc y/o plataforma excel
4	4. facilitar y direccionar el traslado de pacientes entre unidades hospitalarias e instituciones distritales o nacionales que componen la red prestadora de
5	5. articular las solicitudes de las unidades que componen la sissco y otras ips externas de manera eficaz, eficiente, oportuna y coordinada
6	6. realizar seguimiento a las solicitudes de traslados, referencias e interconsultas o apoyo diagnostico o terapeutico de indole hospitalario
7	7. solicitar los documentos necesarios para los traslado o remision segura
8	8. facilitar de acuerdo a las listas de chequeo establecidas la articulacion con los diferentes actores de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e. de acuerdo a los niveles de atencion y grados de complejidad, buscando racionalizar los recursos para hacer eficientes los servicios.
9	9. direccionar la ambulancia con la tipologia requerida (tab-tam) por via telefonica o por frecuencia de radio en caso de contingencia usar telefono institucional, comunicando sobre el servicio requerido, unidad de origen hora lugar de la cita y registrar todas las horas correspondientes al traslado.
10	10. priorizar los despachos de urgencias vitales de acuerdo al cuadro clinico o diagnostico. como criterio especial de traslado no requiere aceptacion en la unidad destino.
11	11. conocer el portafolio de servicios 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
12	12. revisar el correo institucional las veces que sea necesario con el objetivo de encontrar informacion autorizaciones, provenientes de los diferentes actores que participan en el sgsss
13	13. utilizar el telefono institucional para tramites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
14	14. comentar los pacientes en tramite de remision de las diversas ips, erp y entes de control a nivel nacional con el lider de gobierno clinico o quien
15	15. las bitacoras de los pacientes comentados a la sissco, deben ser culminadas en el aplicativo sirc en menos de 24 horas.
16	16. 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
17	17. recibir y entregar las novedades del subproceso asignado de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad

18	18. 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.
19	19. utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
20	20. conocer y cumplir con las recomendaciones que la arl y/o area de seguridad y salud en el trabajo recomienden con ocasion a la realizacion de su actividad contractual que lo clasifique como riesgo 4 o 5. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
21	21. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad
22	22. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
23	23. cumplir con las actividades descritas en el manual de referencia de la sissco
24	24.las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por elsupervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1071079869**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**10/03/2025**	**$ 178.200**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**10/03/2025**	**$ 228.000**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**10/03/2025**	**$ 34.800**
OTRO	**CAFAM**	**10/03/2025**	**$ 28.600**
TOTAL PAGADO			**$ 469.600**

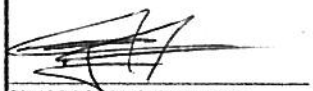
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 periodo correspondiente



RICARDO RODRIGUEZ REYES
CC: 80.154.735
CEL: 310 305 53 47

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:	**RICARDO RODRIGUEZ REYES**	**CC:**	80.154.735
CORREO ELECTRÓNICO:	3RPOISON@GMAIL.COM	**RUT (NIT):**	80154735
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 36 89-42 SUR	**TELÉFONO:**	3103055347
		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	
SI tomaré costos y deducciones	**(X)**
	( )

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)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**478170013781**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2060 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. RP:**	**6621**	**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:10.684.800**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**2.070.180**
REALIZA 186 HORAS	**DOS MILLONES SETENTA MIL CIENTO OCHENTA PESOS MCTE.**					

RICARDO RODRIGUEZ REYES
C. 80.154.735 Bogota D.C.
l: 310 305 53 47

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-10, 06:48:18 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	RICARDO RODRIGUEZ REYES
CEDULA CIUDADANIA	CC 80154735
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071079869
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1327188303
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 469.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 227.800	$ 200
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 178.000	$ 200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 34.700	$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	$ 28.500	$ 100
			SubTotales:	$ 469.000	$ 600
			Total a Pagar:		$ 469.600

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!