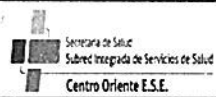


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOSE ARNULFO VALERO ARCILA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.854.162			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRETAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR DE (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 1994 2025		FECHA INICIO CONTRATO		
				2/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		9.821.520		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO		\$ 9.821.520,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.636.920		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 6563		
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9485256981		OPERADOR: APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESION UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO		\$		ADICION (0) / PRORROGA (1)		
		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		
				TIEMPO PRORROGADO:		
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NA		
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
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	
REALICE 180 HORAS EN LA MOVIL 6279						
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/05/2025) AL (31/05/2025)						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización C.I.S.				
		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESION UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20				

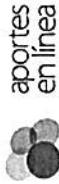
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JOSE ARNULFO VALERO ARCILA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.854.162		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRETAR SERVICIOS DE BACHILLER COMO CONDUCTOR DE (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 1994 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.821.520		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.821.520		TRES (3) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS	
Nº DE INFORME:		5		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS		\$ 1.636.920	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESION UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICIONES	
				0	
				PRORROGAS	
				1	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		SI APLICA	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
				FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
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)					
Se desarrollan actividades contractuales en unidad san blas Total 180 Horas					
1	Dí al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia.				
2	Conservé y mantengo en perfecta condicion, estado de presentacion y seguridad de la movil asignada.				
3	Revicé y cumplo los protocolos y procedimientos establecidos por la sissco inherentes al objeto del contrato.				
4	Mantuvé 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 ciudadanía				
5	Informé y solicito la realizacion de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad.				
6	Asisté y actualizo todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (crue).				
7	Reporté 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	Cumplí 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	Utilicé responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo a las necesidades especificas de cada traslado.				
10	Cumplí con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios				
11	En caso de presentarse novedades, informo con anticipacion dicha situacion para la provision del respectivo reemplazo.				
12	Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual				
13	En caso de sufrir un accidente de transito comunico inmediatamente a la aseguradora de la sissco.				
14	En caso de sufrir accidente a algun peaton cumplo con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo segun protocolo.				
15	Conocí y cumplo la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento				
16	Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con el proceso de referencia y traslados asistenciales				
17	Utilicé 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 solicito autorizacion a la lider de trasporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad				
19	Cumplí con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riesgo inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato				
20	Asistí y participo en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad				
21	Realicé el diligenciamiento del formato pre-operacional diariamente del vehiculo designado y adherirse a la reglamentacion vigente en seguridad vial				
22	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño				
23	Realicé 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	Recibí y entrego 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	Cumplí con las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato				

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9485256981	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	12/05/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	\$	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 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 periodo correspondiente				
 JOSE ARNULFO VALERO ARCILA CC: 79.854.162 CEL: 3503418038				

		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: (31/05/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		JOSE ARNULFO VALERO ARCILA			CC:	79.854.162	
CORREO ELECTRÓNICO:		josevale1977@hotmail.com			RUT (NIT):	14965746074	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		carrera 12 d #23a08 MOSQUERA CUNDINAMARCA			TELÉFONO:	3503318038	
					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					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.							
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:		BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	55236988057
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 1994 2025	N° CDP:	1	N°. RP:	6563	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS /	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 9.821.520	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 1.636.920,00						
	UN MILLÓN SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS MCTE.						
							
JOSE ARNULFO VALERO ARCILA C.C. 79854162 Bogota D.C. cel: 3503318038							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 79854162		VALERO ARCILA JOSE ARNALFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 D # 23 A - 8	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8299360	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor			
Pensión	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Dias Mora			
2025-04	06883424	9485256981	1	2025/05/15	2025/05/12	0			

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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
FAWSANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800	



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 79854142		VALERO ARCILA JOSE ARNULFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 12 D # 23 A - 8	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8299360	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																							
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago																	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor															
2025-04	06883424	948526981	1	2025/05/15	2025/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$405,800															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500			
Cuidad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500				\$1,423,500			
1	CC 79854142	VALERO JOSE	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EF5017	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$1,423,500	\$178,000		0	\$1,423,500	\$178,000		0	\$1,423,500	\$178,000	
Total Afiliados(1)				\$1,423,500				\$227,800				\$178,000				\$178,000				\$178,000			