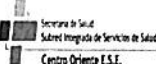
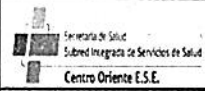
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ		
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.403.287		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		9.821.520	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		9.821.520	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES Y 28 DIAS		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9485489023		OPERADOR:	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE URGENCIAS		APORTE EN LINEA	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFEIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
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	
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 240 HORAS EN LA MOVIL TAM 6983					
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 (01-05-2025 AL 31-05-2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div style="text-align: right;">  Johon Jairo Rodriguez A C.C 3.087.070 Enfermero Epidemiólogo Especialización G.I.S </div>			
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20			

 <div> 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 </div>		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 CONTRATO	TRES (3) MES Y VEINTIOCHO (28) DÍAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.821.520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.182.560
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	6603
		Nº CDP:	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES Y 28 DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES 0 PRORROGAS 1
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	SE DESARROLLAN ACTIVIDADES CONTRACTUALES EN UNIDAD DE SAN BLAS TOTAL DE HORAS 240		
2	Dí al bien, el uso propio de su naturaleza, propendiendo por su adecuado mantenimiento y custodia.		
3	Conservé y mantengo en perfecta condición, estado de presentación y seguridad de la móvil asignada.		
4	Revicé y cumpla los protocolos y procedimientos establecidos por la sissco inherentes al objeto del contrato.		
5	Mantuvé en cuenta todos los aspectos técnico-mecánicos del vehículo 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 óptimo servicio a la ciudadanía		
6	Informé y solicito la realización de mantenimientos preventivos y correctivos a la ambulancia que tiene bajo su responsabilidad.		
7	Asisté y actualizo todos los cursos establecidos y solicitados por el centro regulador de urgencias y emergencias (crue).		
8	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.		
9	Cumplí con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo		
10	Utilicé responsablemente las señales de emergencia de la ambulancia (luces y sirena), de acuerdo a las necesidades específicas de cada traslado.		
11	Cumplí con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios		
12	En caso de presentarse novedades, informo con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.		
13	Desarrollé las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual		
14	En caso de sufrir un accidente de tránsito comunico inmediatamente a la aseguradora de la sissco.		
15	En caso de sufrir accidente a algún peatón cumpla con los requerimientos establecidos para el manejo respectivo según protocolo.		
16	Conoci y cumpla la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento		
17	Usé adecuadamente el radio de la ambulancia y comunicarse con el proceso de referencia y traslados asistenciales		
18	Utilicé el teléfono institucional para trámites dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo.		
19	En caso que la móvil sufra algún tipo de daño solicito autorización a la líder de transporte para arreglo dentro del taller que tenga contratada la entidad		
20	Cumplí con la respectiva afiliación a la arl en relación al riesgo inherente de las obligaciones contractuales, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato		
21	Asistí y participé en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad		
22	Realicé el diligenciamiento del formato pre-operacional diariamente del vehículo designado y adherirse a la reglamentación vigente en seguridad vial		
23	Utilicé un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño		
24	Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad		
25	Recibí y entrego las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad		
26	Cumplí con las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato		

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9485489023	OPERADOR:	APORTE EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	N/A	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 DOMÍNGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 79.403.287 CEL: 3158031008			

	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 GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ	CC: 79403287		
CORREO ELECTRÓNICO:	gmatta28@hotmail.com	RUT (NIT): 79403287		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 46 SUR 23-89 INT. 4	TELÉFONO: 3158031008		
		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)				
N° DEL CONTRATO:	PS 2040 2025	N° CDP: 1	N°. RP: 6603	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) 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)	\$ 2.182.560			
DOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS MCTE.				
 JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ C.C 79.403.287 cel: 3158031008				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403187		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CALLE 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	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	85489023	9485489023	I	2025/05/21	2025/05/13	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)									
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	\$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	\$178,000
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800	\$405,800

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo			Clave		Fecha		Pago		
Pensión	Salud		Pago		Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04		85489023		9485489023	2025/05/21	2025/05/13	BANCO AV VILLAS	\$405.800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

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					
Sociales PRINCIPAL (1 Afiliados)														\$178,000	\$0			\$0			\$0	\$0					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)														\$178,000	\$0			\$0			\$0	\$0					
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)														\$178,000	\$0			\$0			\$0	\$0					
1	CC	79403287	MATTA JOSE	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800			\$178,000	EP5008	30	\$1,423,500	\$178,000	\$0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0					
Total Afiliados(1)						\$227,800				\$178,000				\$0	\$0			\$0			\$0	\$0					

