		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.923.879		
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 5703 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:		\$ 12.710.440		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.553.935	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
				50890	
				Nº CDP:	
				4122	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4		PRORROGAS	
				4	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.055.192		TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.434.888		TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.235.472		TIEMPO PRORROGADO:	
				TREINTA (30) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.674.900		TIEMPO PRORROGADO:	
				DIECINUEVE (19) DIAS	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
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)					
ITEM					
1	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.				
2	Se realizó la prestación del servicio como apoyo administrativo logístico (conductor) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
3	Se realizaron los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.				
4	Se garantizó el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.				
5	Dentro del desarrollo del cronograma de actividades designado se dio cumplimiento del procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales garantizando la operatividad de la unidad móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a la unidad móvil asignada del Programa de Atención Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional.				
6	Se garantizó el porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné de acreditación como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
7	En el desarrollo de las actividades contractuales se garantizó el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
8	En la prestación del servicio se garantizó oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.				
9	En caso de presentación de sucesos de seguridad en el desarrollo de actividades, se reportarán de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa				
10	En la prestación del servicio se adoptaron los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.				
11	Se garantizó trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
12	En el desarrollo de las actividades contractuales se atendieron las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.				
13	Se atendieron oportunamente las indicaciones del líder de la tripulación en el desarrollo de la prestación del servicio de los incidentes asignados por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias.				

14	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
15	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
16	Se realizó revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias
17	Garantizar la asistencia a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
18	Se realizó el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado.
19	Se efectuó el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.
20	Se garantizó la participación en las capacitaciones y/o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071878241	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	16/05/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	16/05/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

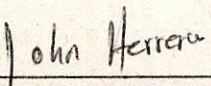
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

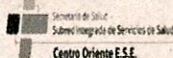
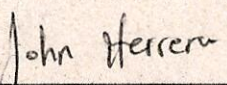
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el íbc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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.

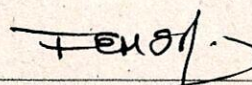
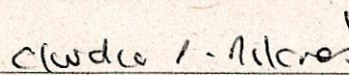
VII. ANEXOS

(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


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ
C.C: 79.923.879
CEL: 312 3374312

 Secretaría de Salud Subsecretaría de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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:		JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ			CC:	79.923.879	
CORREO ELECTRÓNICO:		johnalexherrera@hotmail.com			RUT (NIT):	79923879-1	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 74 157 Z 29 SUR			TELÉFONO:	312 3374312	
					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 parágrafo 4 del decreto							
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:		DAVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570004870384890
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)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5703 2024	Nº CDP:	1366	Nº. RP:	16025	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$12.710.440	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.553.935						
UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE							
							
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ					
C.C: 79923879							
CEL: 3123374312							

		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 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JOHN ALEXANDER HERRERA MARTINEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.923.879		
I. 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 5703 2024	FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.309.988,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.710.440,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.553.935,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	50890	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	4122
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071878241	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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	\$ 2.055.192	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7538
				TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.434.888	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10292
				TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.235.472	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12779
				TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.674.900	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16025
				TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº 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 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 01/05/2025 AL 31/05/2025					
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

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-16, 02:17:01 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Número Planilla: 1071878241
Referencia pago (PIN): 8845073400

Período Cotización: abril de 2025

Período Servicio: abril de 2025

PAGADO 16/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ		
Documento	CC79923879	Dirección	CR 74BIS #57 J - 29 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123374312
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
			01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
CC 79923879	JHON ALEXANDER HERRERA MARTINEZ	03	00																									
																												\$ 405.800

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.423.500	IBC Salud	\$ 1.423.500	IBC Riesgos	\$ 0	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 227.800	Aportes Salud	\$ 178.000	Aportes Riesgos	\$ 0	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sana	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 405.800	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 405.800
-------------	--------------	-----------	--------------	-------------	------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



