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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2

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

ARMANDO COLMENAREZ PEREZ

		CON C.C Nº	79.767.605
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 1995 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**9.821.520**	**No. HORAS EJECUTADAS**	252
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**11.294.748**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.291.688**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES 28 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	UNIDAD HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
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 ciudadania
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 serviran 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 solicto 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 riego 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 elsupervisor del contrato

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 **(01-06-2025) AL (30/06/2025)**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	86411064	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/06/2025	$ 178.900
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 407.800

V. 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ CC No 79.767.605
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Johon Jairo Rodriguez A 3.057.070 Enfermero Epidemiólogo JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 SUPERVISOR CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15906500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ	**CC:**	79767605
CORREO ELECTRÓNICO:	armandocp1976@gmail.com	**TELÉFONO:**	3212515533
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 68H 20A 19 SUR .	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomare 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.

Régimen 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:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***24056784369***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 1995 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.291.688**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

Armando Colmenarez

ARMANDO COLMENAREZ PEREZ
CEDULA 79.767.605
CELULAR 3212515533

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79767605	ARMANDO COLMENAREZ PEREZ		CALLE 68# 20-22 S	1234567	armandocp1976@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	86411064	$407.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	7	900	0	178.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	7	1.100	0	228.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.900
Pensión	1	227.800	228.900
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	405.800	407.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información