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

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ

CON C.C N°	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	**No. HORAS EJECUTADAS**	240		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	12.831.634			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 2.182.560
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 especificas 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 articulo 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:	9486943974	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/06/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/06/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		$ 0
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 405.800

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	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ CC No 79.403.287
FIRMA DE QUIEN VALIDA	JOHON JAIRO RODRIGUEZ A PONTE 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 SAUCEDO 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:	JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ	**CC:**	79403287
CORREO ELECTRÓNICO:	GMATTA28@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3158031008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 46 SUR 23 89 INT 4	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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.

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***	**Nº CUENTA:**	***24117344736***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 2040 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.182.560**
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		

JOSE GUILLERMO MATTA DOMINGUEZ
CEDULA **79.403.287**
CELULAR **3158031008**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	86943974	9486943974	I	2025/06/20	2025/06/11	BANCO AV VILLAS	0	$405,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800
1	CC	79403287	MATTA JOSE	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$405,800
Total Afiliados(1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$405,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79403287		MATTA DOMINGUEZ JOSE GUILLERMO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	86943974	9486943974	I	2025/06/20	2025/06/11	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)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$405,800	$0	$0	$405,800