 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL			
		CON C.C.N°	1.033.801.153
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS HACHILLER 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 "APIF"	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5770 2024	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.235.472	No. HORAS EJECUTADAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 17.883.944	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		6 MESES 1 DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <small>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</small>		
1	Garantice la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes.		
2	Realice 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	Realice los desplazamientos derivados devaluaciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.		
4	Garantice el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.		
5	Dí 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 las unidad móvil asignada del Programa de Atención		
6	Garantice 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	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.		
8	Garantice oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria.		
9	Reporte de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa		
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.		
11	Garantice trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.		
12	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente y la confidencialidad de la información.		
13	Atendí 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	Garantice la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.		
16	Realice 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	Garantice 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	Realice el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado.		
19	Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.		
20	Garantice la participación en las capacitaciones y/o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.		
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01-06-2025 AL 10-06-2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9486616016	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/06/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	11/06/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			\$
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

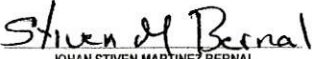
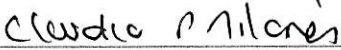
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calcula 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 SMM.L.V (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scorp 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<p align="center">NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p align="center"> JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL CC No 1033801153</p>
<p align="center">FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	<p align="center"> FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CEDULA 15.906.500 DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR CONTRATO</p>
<p align="center">FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	<p align="center"> CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH</p>

		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:	JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL			CC:	1.033.801.153
CORREO ELECTRÓNICO:	JSTIVEN-16@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3108514864
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 53 B29 20			CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento					
NO tomaré costos y deducciones				(X)	
SI tomaré costos y deducciones				()	
<p>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.</p>					
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488424891452
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5770 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 558.300		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	11/06/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01-06-2025 AL 10-06-2025				
 JOHAN STIVEN MARTINEZ BERNAL CEDULA: 1033801153 CELULAR: 3108514864					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033801153		MARTINEZ BERNAL JOHAN STIVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 53B No. 29-20 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	601-4824	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud		Plantilla	Limite	Pago		Días Mora	Valor	
2025-05	2025-05	1546332516	1	2025/06/13	2025/06/11	NEQUI	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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$405,800	\$0	\$0	\$405,800	

