		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION 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					
NELSON JAVIER GARZON RODRIGUEZ					
CON C.C.N°			79.769.183		
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 5816 2024		FECHA INICIO CONTRATO	16/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.011.925		No. HORAS EJECUTADAS	188	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.827.557		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.749.340	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	7 MESES 15 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - 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	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.				
2	Preste los servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.				
3	Realice los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE				
4	Mantuve la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes				
5	Cumpli con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplí con el porte de los elementos de identificación institucional.				
6	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que lo acredita como colaborador de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
7	Cumpli lo contemplado en el manual de bioseguridad				
8	Vele por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria				
9	Reporté sucesos de seguridad				
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades				
11	Trate dignamente y humanizadamente tanto al cliente interno como externo				
12	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades				
13	Respondí oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE				
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional				
15	Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución				
16	Reporte todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" al Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE				
17	Respondí y asistí 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	Registre adecuada y oportunamente al personal encargado los mantenimientos y posibles fallas que presente el vehículo
19	Verifique pre operacional del vehículo, herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial
20	Asisti a las capacitaciones de seguridad vial de la Subred Centro Oriente
21	Realice las actividades requeridas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277 2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo 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 (01-07-2025) AL (31/07/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Nº. DE PLANILLA:	1073402435	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	17/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	17/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			\$ 0
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 405.800

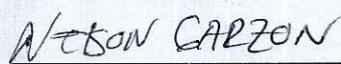
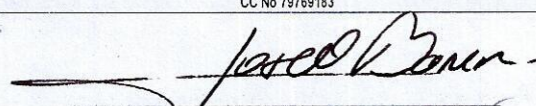
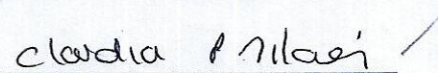
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 ibe 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 fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 NELSON JAVIER GARZON RODRIGUEZ CC No 79769183
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSÉ FLAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR CONTRATO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	NELSON JAVIER GARZON RODRIGUEZ			CC:	79.769.183
CORREO ELECTRÓNICO:	nelsonjaviergarzonrodriguez@gmail.com			TELÉFONO:	3043483573
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 68 SUR 18C 24			CIUDAD:	BOGOTÁ DC
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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	56758994428
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5816 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.749.340		
FECHA DE INICIO CONTRATO	16/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025				
<p><i>NELSON GARZON</i></p> <p>_____ NELSON JAVIER GARZON RODRIGUEZ CEDULA: 79769183 CELULAR: 3043483573</p>					

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-17, 10:46:13 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1073402435

Periodo Cotización: junio de 2025 Periodo Servicio: junio de 2025 Referencia pago (PIN): 8827633767

PAGADO 17/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Table with 4 columns: Field Name, Value, Field Name, Value. Includes fields like Razón Social, Documento, Tipo de Empresa, etc.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Table with multiple columns: Datos del Afiliado, Novedades, Pensiones, Salud, Riesgos, Cajas, Parafiscales, Total. Includes a row for Nelson Javier Garzon Rodriguez.

III. TOTALES

Summary table with 13 columns: IBC Pension, IBC Salud, IBC Riesgos, IBC Cajas, Aportes Pensión, Aportes Salud, Aportes Riesgos, Aportes Cajas, Aportes Sena, Aportes ICBF, Aportes ESAP, Aportes Min Educación, (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS, Incapacidades ARP, SUB TOTAL SIN INTERESES DE MOROSIDAD, TOTAL INTERESES DE MOROSIDAD, TOTAL FINAL.

