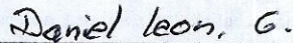
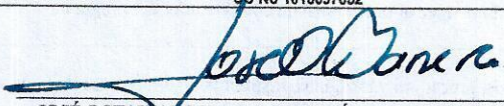
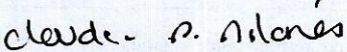


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT- 077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
DANIEL MAURICIO LEON GARCIA					
CON C.C.Nº		1.013.597.852			
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 5762 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.235.472		No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 19.141.900		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 MESES 21 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
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 Prehospitalaria, así mismo, se realizó el porte de los elementos de identificación institucional.				
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 vehiculo de emergencia asignado.		
19	Efectue el diligenciamiento del preoperacional del vehiculo, 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.		
21	Cumpli del tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.		
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	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal	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 01/08/2025 AL 31/08/2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9489538558	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	15/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 405.800
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 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.			
VI. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 DANIEL MAURICIO LEÓN GARCÍA CC No 1013597852	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 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: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL MAURICIO LEON GARCIA	CC:	1.013.597.852
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELMLEONG@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3008056859
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 1 36 D 35 SUR	CIUDAD:	BOGOTA

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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	001305520200172306
--------------------------	------	-----------------	---------	------------	--------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5762 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.177.370
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Daniel Leon, G.

DANIEL MAURICIO LEON GARCIA
CEDULA: 1013597852
CELULAR: 3008056859

NAME DANIEL WASHINGTON CARLOS		DATE OF BIRTH 2-17-70	
SEX M		RACE H	
HEIGHT 5-10		WEIGHT 150	
EYES B		HAIR B	
BUILD M		TATTOO NO	
SCARS NO		OTHER NO	
SIGNATURE DANIEL WASHINGTON CARLOS		DATE 2-17-70	
ADDRESS 1234 MAIN ST NEW YORK, NY 10001		PHONE 212-555-1234	
EMPLOYER ABC COMPANY		POSITION SALES	
EDUCATION HIGH SCHOOL		DEGREE NO	
MARITAL STATUS SINGLE		NUMBER OF CHILDREN 0	
PARENTS FATHER: JOHN WASHINGTON MOTHER: MARY WASHINGTON		BIRTHDAYS FATHER: 1-1-25 MOTHER: 3-15-30	
RELIGION CATHOLIC		POLITICAL DEMOCRAT	
MILITARY NO		SERVICE NO	
COMMENTS NO RECORD		NOTES NO RECORD	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	cV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC: 0013597852		LEON GARCIA DANIEL MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 N 36D 35 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2070072
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo		Clave		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco
2025-07	2025-07	1702556805		9489535558	2025/08/14	2025/08/15	NEQUI
			1				
							Valor
							\$406,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	IBC	Aporte		
Subcuenta: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$1,423,500	\$227,800			\$178,000	\$0		\$0	\$0	\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)											\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)											\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0	\$0		
1	CC	1013297852	LEON DANIEL	220301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5017	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$227,800				\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$0	\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013597852		LEON GARCIA DANIEL MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CBA 1 N 360 35 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	2070072	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1702556805	9489538558	I	2025/08/14	2025/08/15	NEQUI	1	\$406,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200	
TOTAL				1	\$405,800	\$400	\$0	\$406,200	