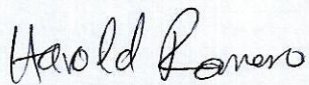
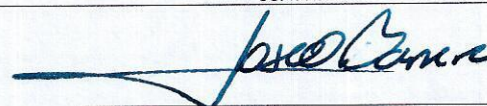
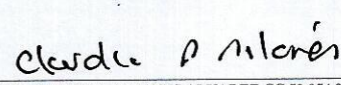
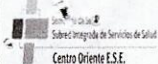


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
HAROLD ANDRES ROMERO BUENO					
		CON C.C N°		79.772.907	
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 5765 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.235.472		10/12/2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 19.265.754		180	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 MESES 21 DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
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 <i>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</i>					
ITEM					
1	Estuve presente en el momento de las entrega y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.				
2	Preste 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 devaluaciones y/o traslados establecidos 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 cumplir 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 carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
7	Garantice el cumplimiento de 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	Reporte los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales.				
10	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades				
11	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.				
12	Atendi las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades				
13	Atendi las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.				
14	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional				
15	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.				
16	Revice 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. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas.				
17	Respondi y asistir 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 junto con el reporte al personal encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo.				
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	Participe en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E.				

21	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 -2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente 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	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	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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1074900967	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	15/08/2025	\$ 179.300	
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 229.400	
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 408.700	
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 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 fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 HAROLD ANDRES ROMERO BUENO CC: 79772907		
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIANO 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 CC 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH		

		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: 31/08/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HAROLD ANDRES ROMERO BUENO			CC:	79772907
CORREO ELECTRÓNICO:	frycromero@gmail.com			TELÉFONO:	3214174008
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 77m#61-39 sur			CIUDAD:	BOGOTÁ 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550007300838195
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5765-2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.674.900		
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				
 HAROLD ANDRES ROMERO BUENO CEDULA: 79772907 CELULAR: 3214174008					

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-08-15, 09:54:16 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	Julio de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	Julio de 2025
Empresa	HAROLD ANDRES ROMERO BUENO
CEDULA CIUDADANIA	CC 79772907
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1074900967
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1702920080
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 408.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 227.800	\$ 1.600
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 178.000	\$ 1.300
SubTotales:				\$ 405.800	\$ 2.900
Total a Pagar:					\$ 408.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

