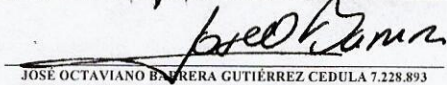
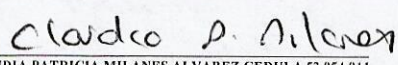
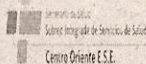
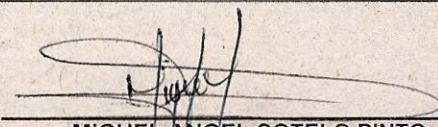


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACION		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL		FECHA: 2025-06-09	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO			
CON C.C.N°		1.000.274.327	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "API"		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5742 2024	FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.342.848	No. HORAS EJECUTADAS	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.119.968	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 3.450.810
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES 21 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	JBL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05		
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 específicas realizadas durante el mes)		
1	Realicé seguimiento a tiempos estipulados en la orden de servicio en tiempo de las móviles para taller. Se realizó seguimiento diario		
2	Di respuesta a las novedades operativas relacionadas con las móviles adscritas a la Unidad Funcional API Convenio 7120405-2024 por daños mecánicos y/o eléctricos. Se realiza se subsección a novedades		
3	Realicé seguimiento a los cronogramas de mantenimiento preventivos y correctivos de las móviles y llevar vida de vida por ambulancia de estado mecánico, consumos, ingresos a taller y valores de arreglos en taller y consumos de combustible. SI		
4	Desarrollé las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de API Centro Oriente, en el marco de un ejercicio de coordinación para el desarrollo del objeto contratado. SI		
5	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. SI		
6	Cumplí de lo contemplado en el manual de bioseguridad. SI		
7	Asistí a las móviles en las necesidades informadas por los conductores, realizar revisión de posibles daños, dando solución a la necesidad que se pueda realizar de manera inmediata, así como direccionamiento e interlocución con el supervisor del contrato de taller. SI, se hace direccionamiento de móviles a taller dando solución a lo reportado por los conductores		
8	Reporté sucesos de seguridad y accidentes laborales. No se presentaron necesidades de reportes		
9	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. SI		
10	Traté digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. SI		
11	Entregué informes mensuales de novedades de las ambulancias e informar a la profesional de la unidad ejecutora las necesidades generadas por cada una de las móviles. SI, entrega de informe del mes de agosto en los tiempos estipulados		
12	Registre de la información en los aplicativos institucionales. SI		
13	Aplicé las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. SI		
14	Entregué novedades diarias para continuidad entre los técnicos asignados. SI, se evidencia en los ingresos a taller		
15	Realicé intervención permitiendo ser necesario a las ambulancias que presenten daños mecánicos. SI, realicé las respectivas revisiones para realizar un pre-diagnóstico para remitirlas a taller		
16	Tramité mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios. SI		
17	Realicé seguimiento y análisis del consumo diario de cada una de las móviles del convenio 7120405-2024 API. SI, se realizó diariamente durante el mes vigente		
18	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que son inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 - 2021 "API" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.		
III. VERIFICACIÓN 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 cargo en el aplicativo scop 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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89219568	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS EPS	11/09/2025	\$ 178.700
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 228.700
RÍSGOS LABORALES:	ARL SURA	11/09/2025	\$ 34.900
OTRO	COMPENSAR CAJA	11/09/2025	\$ 28.700
TOTAL PAGADO			\$ 471.000
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 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, pensión, rut)			
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO C.C. No 1000274327		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TÉCNICO 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 API		



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: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO			CC:	1.000.274.327
CORREO ELECTRÓNICO:	MIGASOTELO.2001@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3108829970
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 72 A BIS #90 -68			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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91237823341
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5742 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.450.810		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO CEDULA: 1000274327 CELULAR: 3108829970					

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1000274327	MIGUEL ANGEL SOTELO PINTO	c/1 79a bis 90-68	00000000	migasotelo.2001@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$471.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
230301	Portavieir	800224808-8	227.800	0	0	0	6	700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700			34.700	6	200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	28.500	6	200	28.700	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	6	0	0	0
0	6	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	178.000	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900	34.900
CCF	1	28.500	28.700	28.700
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	469.000	471.000	471.000

