Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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			
HUGO JEOVANNY MORALES TORRES			
	CON C.C N°	**79.622.053**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCI?N 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 5698 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2024/12/09**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.309.988	**No. HORAS EJECUTADAS**	**252**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.851.380	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.344.860
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ		

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Garanticé la entrega y recepción de turno de manera presencial, registrando las novedades correspondientes (13 Registros en preoperacional plataforma Netux).
2	Realicé 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	Realicé los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. (20 Registros en plataforma Netux en el desarrollo de las actividades designadas.
4	Garanticé el mantenimiento de la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes (13 Registros en preoperacional plataforma Netux).
5	Di 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. (13 Registros en preoperacional plataforma Netux).
6	Garanticé 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	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
8	Garanticé oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria.
9	Reporté de manera inmediata al profesional de enlace y líder del programa mediante el uso de link de asistencia remitido en cada turno por los profesionales de enlace.
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos aplicables para el cumplimiento de las actividades.
11	Garanticé 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	Apliqué las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
15	Garanticé la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
16	Realicé revisión de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyando al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias (13 Registros en preoperacional plataforma Netux).
17	Garanticé 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	Realicé el registro adecuado y oportuno reportando las posibles fallas del vehículo de emergencia asignado (13 Registros en preoperacional plataforma Netux).
19	Efectué el diligenciamiento del preoperacional del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial (13 Registros en preoperacional plataforma netux).
20	Participe en las capacitaciones inherentes al programa de seguridad vial de la subred centro oriente E.S.E. , dirigida por el componente de SST.
21	Cumplí el trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de informe y cuenta de cobro" y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de los respectivos honorarios.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA

Powered by CamScanner

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 1076425012	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/10/14	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/10/14	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/14	$ 0
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 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.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*HUGO JEOVANNY MORALES TORRES* *PS_5698_2024_A797D0* **HUGO JEOVANNY MORALES TORRES** **CC: 79622053**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ* *PS_5698_2024_A797D0* **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ* *PS_5698_2024_A797D0* **JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Powered by CamScanner

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-10-14, 01:44:11 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1076425012

Periodo Cotización 202509 **Periodo Servicio** 202509

Cliente:

PAGADA 2025-10-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HUGO JEOVANNY MORALES TORRES				
Documento	CC 79622053	**Dirección**	CR 11 #67 A - 66 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3115943539		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79622053		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					MORALES TORRES HUGO JEOVANNY	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0				$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Powered by CamScanner