

252

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
SANTIAGO APONTE MORENO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.006.007.619	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2829 2024	FECHA INICIO	CONTRATO 21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.542.528	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 105.801.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.887.284
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	14066
		Nº CDP:	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES 7 PRORROGAS 6
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030 CRP DE LA ADICIÓN: 22291 TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270 CRP DE LA ADICIÓN: 25232 TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 17.774.568	CDP DE LA ADICIÓN:	1619 CRP DE LA ADICIÓN: 29246 TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2200 CRP DE LA ADICIÓN: 32515 TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2598 CRP DE LA ADICIÓN: 36638 TIEMPO PRORROGA DO: TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 12.061.314	CDP DE LA ADICIÓN:	3753 CRP DE LA ADICIÓN: 46940 TIEMPO PRORROGA DO: DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 5.290.050	CDP DE LA ADICIÓN:	4066 CRP DE LA ADICIÓN: 50062 TIEMPO PRORROGA DO: UN MES (1)
III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. 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	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión		
2	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
3	Realice mis actividades contractuales, en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY 252 HORAS		
4	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
5	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.		
6	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
7	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
8	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
9	Emitir conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial		
10	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
11	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		

12	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
14	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
15	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
16	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
19	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
20	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
21	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
24	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
28	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinámica Gerencial.
31	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
32	Asistí a capacitaciones y reuniones semanales
33	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Nº. DE PLANILLA:	9478537705	OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	05/12/2024	\$ 465.600	
PENSIÓN:	PORVENIR	05/12/2024	\$ 595.900	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	05/12/2024	\$ 90.800	
OTRO	N/A		\$ 0	
TOTAL PAGADO			\$ 1.152.300	

VI. 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 calculó 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, pensión, 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)

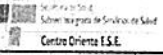
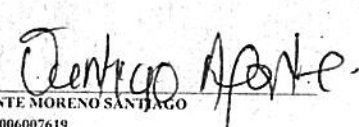
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electrónico Institucional

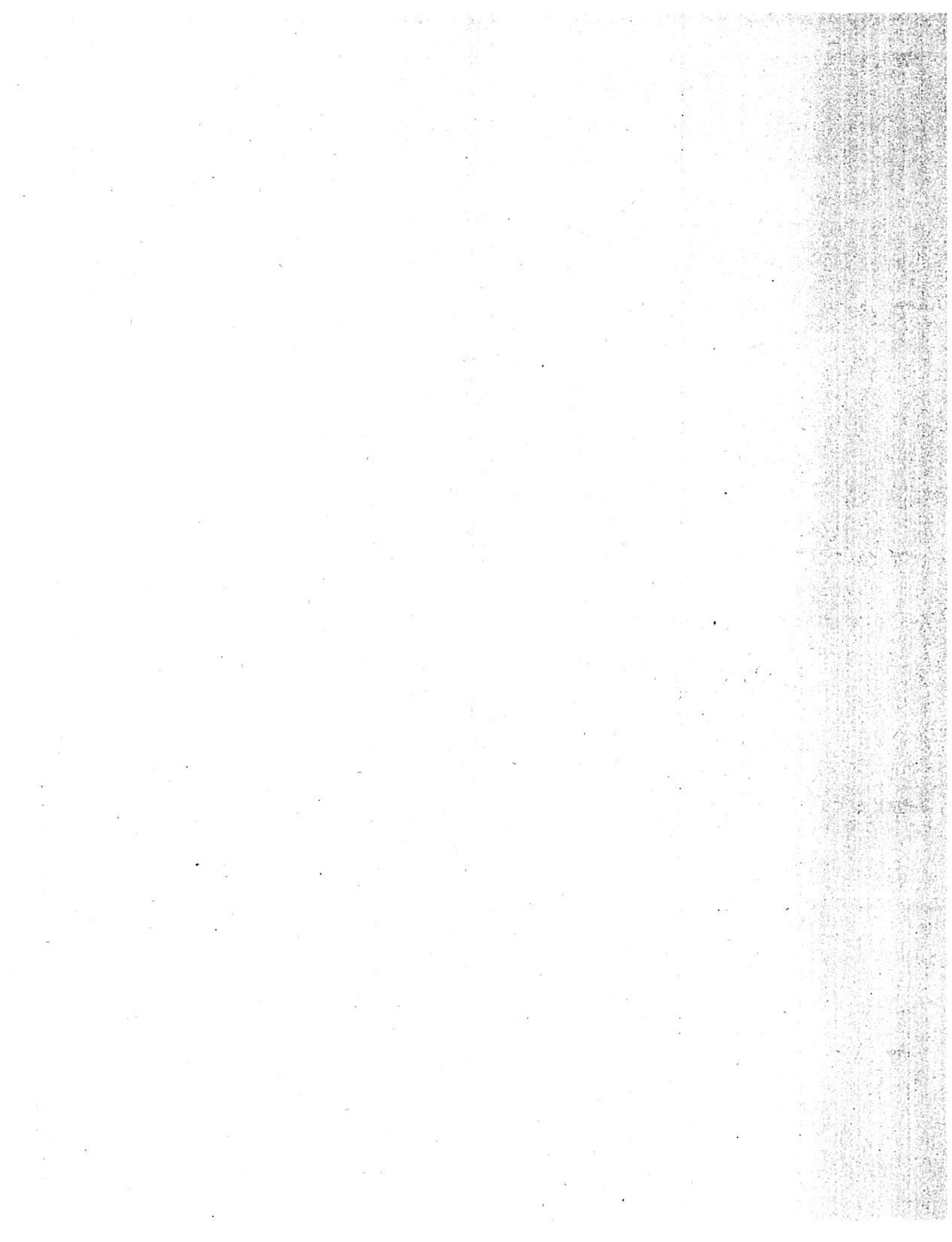


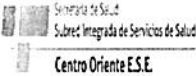
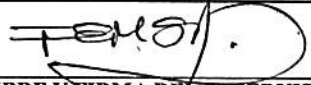
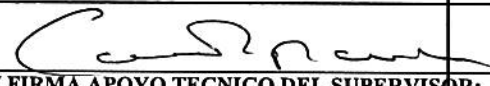
SANTIAGO APONTE MORENO

C.C. 1.006.007.619

CEL: 3214803143

		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: A-1A-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		APONTE MORENO SANTIAGO			CC:	100600719	
CORREO ELECTRÓNICO:		saponte19@centro-oriente.gov.co			RUT (NIT):	14113074101	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		cl 13 sur 835			TELÉFONO:	3214803143	
					CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024,							
NO tomare costos y deducciones				(X)			
SI tomare 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 12.4.1.6 y							
Regimen 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:	20341674069
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 2829 2024	Nº CDP:	4066	Nº. RP:	50062	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 11 MESES Y 10 DÍAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 105,801,000	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$					8.887.284
		OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS MTE					
 APONTE MORENO SANTIAGO CC. 1006007619 CEL. 3214803143							



<div>  <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</p> <p>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</p> </div> </div>						CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				SANTIAGO APONTE MORENO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.006.007.619			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2829 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				\$ 13.542.528			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 105.801.000		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 8.887.284	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		12		Nº CRP INICIAL:		14066	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		317	
		11 MESES;10 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9478537705		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN 7	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22291	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25232	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 17.774.568	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29246	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32515	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36638	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 12.061.314	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46940	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 5.290.050	CDP DE LA ADICIÓN:	4066	RP DE LA ADICIÓN:	50062	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A		
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A		
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 (01/12/2024 AL 31/12/2024)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
				 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CARLOS ALBERTO MARIN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 100607619		APORTE MORENO SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 SUR # 8 35	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3214803143	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2024-11	2024-11	1102604645	9478537705	1	2024/12/05	BANCOLOMBIA	0	\$1,132,300	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte			
Sucursales PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$3,724,195	\$595,900			\$0				\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)										\$3,724,195	\$595,900			\$0				\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)										\$3,724,195	\$595,900			\$0				\$0	\$0		
1	CC	100607619	APORTE SANTIAGO	30		\$3,724,195	\$595,900	EP5002	30		\$3,724,195	\$465,600	0		\$0	14-23	30	\$3,724,195	\$90,800	\$0	\$0
Total Afiliados(1)										\$3,724,195	\$595,900			\$0				\$3,724,195	\$90,800	\$0	\$0

[illegible]

