

04

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION 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					
RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.030.652.286		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3490 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				5/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 10.714.115		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UNO (1) MES Y QUINCE (15) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 49.303.266		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.962.428	
Nº DE INFORME:		9		Nº CRP:	
				17248	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				Nº CDP:	
				428	
		8 MESES;26 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		4		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				4	
				PRORROGAS	
				5	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1030	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				22352	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.771.264		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1270	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				25290	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.811.279		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2200	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				32568	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)	
VALOR ADICIONADO		\$ 12.484.518		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2598	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				36693	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TRES MESES (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
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 PERÍODO, 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 HOSPITAL SANTA CLARA 84 HORAS					
4 Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.					
5 Informé 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 Emití 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 proteccion personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
32	Asisti 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:	80983572	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	15/02/2024	\$ 211.700
PENSIÓN:	PORVENIR	15/02/2024	\$ 270.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/02/2024	\$ 41.300
OTRO	N/A		\$ 0
TOTAL PAGADO:			\$ 523.900

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 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.	

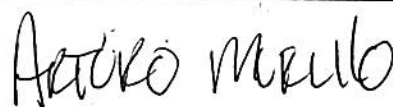
VII. ANEXOS	
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)	
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional	



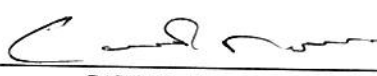
RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO

C.C. 1.030.652.286

CEL: 3004887031

	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: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024		
NOMBRES Y APELLIDOS:	RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO	C.C. 1.030.652.286
		RUT(NIT): 14966418813
CORREO ELECTRÓNICO:	ramonmurillo1995@gmail.com	TELÉFONO: 3004887031
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 40SUR 72L 40 SUR	CIUDAD: BOGOTÁ D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		X
SI tomaré costos y deducciones		0
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 0 NO X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 10867475236
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 3490 2024	N° CDP: 2598 N°. RP: 36693 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 8 MESES;26 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/10/2024 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 49.303.266
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO PESOS \$ 2.962.428	
<div> RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO C.C. 1.030.652.286 CEL: 3004887031</div>		

 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.030.652.286			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 3490 2024		FECHA INICIO CONTRATO		5/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 10.714.115				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 49.303.266			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.962.428
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		9		Nº CRP INICIAL:		17248	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 428
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		8 MESES;26 DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			80983572		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 4	PRORROGA 5
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22352	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 6.771.264	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25290	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.811.279	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32568	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 12.484.518	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36693	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
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	
<p>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 (01/10/2024 AL 31/10/2024)</p>			
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>		<p> FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05</p> <p> CARLOS ALBERTO MARIN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO</p>	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
					\$523 900	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	MIT	Coatización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
			**		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					**
EPS008	Compensar EPS	860066342-7	211,700	0		0		0	0	0	0	211,700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES												
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Ciroa Sittinas	Valor Neto Cotización Mora	Subtotal Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor							
14-11	ARL SURA	880903790-5	41,300				41,300	0	0	413	41,300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mera Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				
TOTALES				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	211.700	211.700
Pensión	1	270.900	270.900
Riesgos Laborales	1	41.300	41.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	523.900	523.900

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1030652286	RAMON ARTURO MURILLO CAICEDO	CLL 40 # 72 L 40 SUR
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1 - Independiente		
		DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.
			NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
2024-09	2024-09	8093572	1
			0
			TOTAL A PAGAR
			\$223.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN MOVILIDADES										PENSIÓN			SALUD			RESCUOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tip ^o	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colaborador	Suplente	Previdente	Cuenta, titular	Estudiante	NO	OT	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE