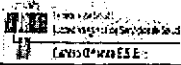
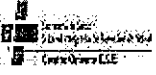


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1,047,484,461	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1146 2025	FECHA INICIO CONTRATO 2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27,931,392	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27,931,392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6,837,372
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	5877
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	CUATRO (4) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)			
ITEM			
1	Se realizaron consultas medicas de consulta externa y prioritaria		
2	Se diligenciaron los RIPS correspondientes a las citas atendidas.		
3	Se prestó atención de consulta externa bajo los estándares de calidad posibles.		
4	Se participo en la gestión de la notificación a SIVIGILA.		
5	Se diligenciaron adecuadamente la historia clínica y ordenes médicas.		
6	Se portó el carnet de la SUBRED para la prestación del servicio.		
7	Se cumplió con el horario de turnos establecidos.		
8	Se cumplieron normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental		
9	Se entregó el comprobante de pago de la seguridad social.		
10	Se cumplieron las medidas de humanización del servicio de salud.		
11	CANTIDAD HORAS 188 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1146 2025		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	84592652	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/3/2025	\$ 350,000
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/3/2025	\$ 448,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	RIESGO V	\$ -
OTRO	CCF	12/2/2025	\$ -
TOTAL PAGADO \$ 798,000			
VI. 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo seccop 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 periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO CC: 1047484461 CEL: 3104128230			

		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: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO			CC:	1047484461
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELMARRUGO123@GMAIL.COM			RUT (NIT):	1047484461-4
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 15 CALLE 47 #50			TELÉFONO:	3104128230
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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				()	
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					
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	N° CUENTA:	29707144210
<small>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)</small>					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1146 2025	N° CDP:	1	N° RP:	5877
FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES	
2/1/2025		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.931.392	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		\$ 6,837,372			
SEIS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS					
					
DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO C.C 1047484461 cel: 3104128230					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN 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			DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,047,484,461		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1146 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 6,837,372	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 5877	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		84592652		OPERADOR: MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACION:		Nº (0)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RF DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RF DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A	
FECHA DE LA POLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE 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	
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/03/2025) AL (31/03/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	3798.000	

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EP9037	Nueva EPS	900156264-2
		390.000

TOTALES SALUD															
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional		Incapacidades		Licencia Maternidad			Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
						No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor						
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	360,000	0		0	0	0	0	0	0	0	0	350,000	1

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	MIT	Colización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	No. Radicado Subtotal Colización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LWA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	350.000	350.000
Pensión	1	448.000	448.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	798.000	798.000

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	1047484461	DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO	carrera 15 calle 47 # 50
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I - Independiente		
		CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIJMES/ANO)	TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2025-02	2025-02		
		CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
		1	0
		TOTAL A PAGAR	
		\$798.000	

ETALLE POR COTIZANTE

Tipo	No. de Identificación	INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES			
		Apellidos y Nombres		CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO	CONSEJO
CC	1047484461	MARRUGO MERCADO DANIEL ENRIQUE	3	0	N																												

PAAGDA