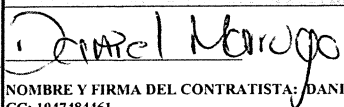
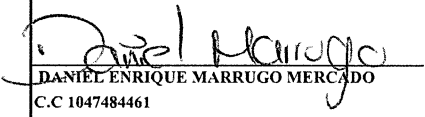
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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		S 27,931,392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
CUATRO (4) MESES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 41,897,088		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
6,982,348					
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
5877		Nº CDP:			
1					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS (6) 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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		1		PRORROGAS	
1					
VALOR ADICIONADO		S 13,965,696		CDP DE LA ADICIÓN:	
1276		CRP DE LA ADICIÓN:			
15831		TIEMPO PRORROGA DO:			
DOS (2) MESES					
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:			
		TIEMPO PRORROGA DO:			
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
X					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
N/A		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 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 192 por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1146 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		86540293		OPERADOR:	
MI PLANILLA					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		NUEVA EPS		12/5/2025	
S		335,000			
PENSIÓN:		COLFONDOS		12/5/2025	
S		428,800			
RIESGOS LABORALES:		SURA		RIESGO V	
S		-			
OTRO		CCF		12/2/2025	
S		763,800			
TOTAL PAGADO		S 763,800			
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 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) 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 – 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
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO	CC: 1047484461
		RUT (NIT): 1047484461-4
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELMARRUGO123@GMAIL.COM	TELÉFONO: 3104128230
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 15 CALLE 47 #50	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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS
		Nº CUENTA: 29707144210
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 1146 2025	Nº CDP: 1276
		Nº. RP: 15831
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/06/2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 41.897,088
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	5 6,982,848	
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE	
 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 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			DANIEL ENRIQUE MARRUGO MERCADO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,047,484,461		
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 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		S		27,931,392	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 41,897,088		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: S 6,982,848	
N° PAGO / N° DE INFORME:		5		N° CRP INICIAL: 5877 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86540293		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					
N° DE MODIFICACIÓN:		N° 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		S 13,965,696		ADICION 1 PRORROGA 1	
		CDP DE LA ADICIÓN: 1276		RP DE LA ADICIÓN: 15831	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		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 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 (1/05/2025) AL (31/05/2025)					
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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

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
UNICA	1-Independiente		
		DEPARTAMENTO	Ciudad / Municipio
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
		CORREO	
		danielmarrugo123@gmail.com	
		EXONERADO PAGO PARA FISCIALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2025-04	2025-04	1	12/05/2025
			NÚMERO PLANILLA
			86540293
			CANTIDAD
			EMPLAZADOS
			1
			UPC
			0
			TOTAL A PAGAR
			\$763.800

DETALLE POR COTIZANTE																																											
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo		No. de identificación	Apellidos y Nombres		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría		Código		Categoría							
1	CC		104784461	MARRUGO MERCADO DANIEL ENRIQUE	3	5	N																																				

PAGADA

