

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b><br><b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b><br><b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b><br><b>PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b> |                                                                                     | <b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b><br><b>VERSIÓN: 2</b><br><b>FECHA: 2024-09-16</b> |  |
| <b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b><br><b>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS</b>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| <b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               | <b>79.410.496</b>                                                                   |                                                                              |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b>  |                                                                                     |                                                                              |  |
| <b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>PS 2000 2025</b> ✓                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                     | <b>FECHA INICIO CONTRATO</b>                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>2/01/2025</b>                                                             |  |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$ 27.931.392</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | <b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)</b>                                 |  |
| <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>\$ 27.931.392</b>                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                     | <b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>\$ 6.109.992</b> ✓                                                        |  |
| <b>Nº DE INFORME:</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>2</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | <b>Nº CRP:</b>                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>6569</b>                                                                  |  |
| <b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>3 MESES;28 DIAS</b> ✓                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     |                                                                              |  |
| <b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               | <b>3BL HOSPITAL SAN BLAS</b>                                                        |                                                                              |  |
| <b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               | <b>FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO</b><br><b>DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05</b> ✓ |                                                                              |  |
| <b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| <b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>0</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                     | <b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>ADICIONES</b>                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>0</b>                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>PRORROGAS</b>                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>0</b>                                                                     |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>                                                   |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>                                                   |  |
| <b>VALOR ADICIONADO</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                     | <b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>                                                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>TIEMPO PRORROGA DO:</b>                                                   |  |
| <b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| <b>Nº DE PÓLIZA:</b>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | <b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>N/A</b>                                                                   |  |
| <b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>N/A</b>                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                     | <b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     | <b>N/A</b>                                                                   |  |
| <b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b><br><b>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | Impartir instrucciones a la tripulación de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | Diligenciar el consentimiento informado acorde con la atención brindada.                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | Informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención segura de pacientes y demás establecidos por la entidad, además de apoyar la implementación de los mismos                                          |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | Apoyar a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | Realizar resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | Apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | Promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | Cumplir con la aplicación de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | El seguimiento de inventario se realizará en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente.                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                  | Cumplir con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                  | Participar en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que así lo requieran.                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                  | Participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminución en los mismos.                                     |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                  | Mantener al día medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                  | Verificar antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                     |                                                                              |  |

|    |                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | Hacer recepcion y entrega del paciente al profesional de enfermeria y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente las demas asignadas por el supervisor. |
| 22 | Conocer y cumplir la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento                                  |
| 23 | Utilizar el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo                                                                    |
| 24 | Cumplir con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riesgo 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato                                          |
| 25 | Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.                                                                                   |
| 26 | Realizar seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias                                                                                                                                    |
| 27 | Utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño                                                                             |
| 28 | Realizar la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad                                   |
| 29 | Recibir y entregar las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.              |
| 30 | Las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato                                                                                                                        |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

|                     |              |               |                     |
|---------------------|--------------|---------------|---------------------|
| No. DE PLANILLA:    | 84079987     | OPERADOR:     | MI PLANILLA         |
| CONCEPTO DEL PAGO   | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO        |
| SALUD:              | SANITAS      | 10/02/2025    | \$ 500.000          |
| PENSIÓN:            | COLPENSIONES | 10/02/2025    | \$ 640.000          |
| RIESGOS LABORALES:  | N/A          |               | \$ 0                |
| OTRO                | N/A          | 10/02/2025    | \$ 0                |
| <b>TOTAL PAGADO</b> |              |               | <b>\$ 1.140.000</b> |

**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 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)

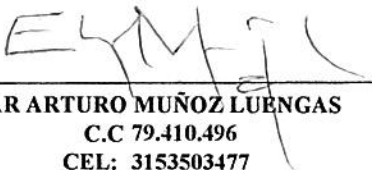
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



**EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS**

C.C    79.410.496

CEL:    3153503477

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>Ministerio de Salud y Protección Social<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Centro Oriente E.S.E.</div>                                                                                                                                                                                                                                    | <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div> | <div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div> |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025 /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS                                                                                                                                                                                       | C.C 79.410.496                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  | RUT(NIT): 141113526501                                                             |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <a href="mailto:eamunoz67@hotmail.com">eamunoz67@hotmail.com</a>                                                                                                                                                 | TELÉFONO: 3153503477                                                               |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CARRERA 63 # 22A 41                                                                                                                                                                                              | 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                       | TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 0550005300114930                                |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 2000 2025                                                                                                                                                                                                     | N° CDP: 1 N°. RP: 6569 /                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES;28 DIAS                           |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2/01/2025 /                                                                                                                                                                                                      | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025 /                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.931.392 /                       |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025 /                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SEIS MILLONES CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS                                                                                                                                                   |                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 6.109.992 /                                                                                                                                                                                                   |                                                                                    |
| <div><div>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS<br/>C.C 79.410.496<br/>CEL: 3153503477</div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                    |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|--|
| <div><div><div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div></div><div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div><div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div></div><div><div>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</div><div>VERSIÓN: 2</div><div>FECHA: 2024-09-16</div></div></div></div> |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                       | EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS |                                            |  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                       | 79.410.496                 |                                            |  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |                            |                                            |  |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | PS 2000 2025                                                                                                                                                                                                                          |                            | FECHA INICIO CONTRATO                      |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | S 27.931.392                                                                                                                                                                                                                          |                            |                                            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | S 27.931.392                                                                                                                                                                                                                          |                            | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:  |  |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 2                                                                                                                                                                                                                                     |                            | Nº CDP INICIAL:                            |  |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 3 MESES;28 DIAS                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 84079987                                                                                                                                                                                                                              |                            | OPERADOR:                                  |  |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS                                                                                                                                                                                                        |                            |                                            |  |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 3BL HOSPITAL SAN BLAS                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                            |  |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO                                                                                                                                                                                                           |                            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                                                                  |                            |                                            |  |
| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| Nº DE MODIFICACIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 0                                                                                                                                                                                                                                     |                            | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                    |                            | RP DE LA ADICIÓN:                          |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                    |                            | RP DE LA ADICIÓN:                          |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                    |                            | RP DE LA ADICIÓN:                          |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | CDP DE LA ADICIÓN:                                                                                                                                                                                                                    |                            | RP DE LA ADICIÓN:                          |  |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| Nº DE PÓLIZA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                   |                            | NOMBRE DE LA ASEGURADORA:                  |  |
| FECHA DE LA PÓLIZA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | N/A                                                                                                                                                                                                                                   |                            | ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:         |  |
| 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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/02/2025 AL 28/02/2025)                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                       |                            |                                            |  |
| 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 CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                                                                                  |                            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | NOMBRE Y FIRMA DEL APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                                      |                            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE                                                                                                                                                                                                          |                            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | PERFIL:                                                                                                                                                                                                                               |                            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | PROFESIONAL UNIVERSITARIO                                                                                                                                                                                                             |                            |                                            |  |



| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |                            |              |                       |
|---------------------|-------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|-----------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           | DIRECCIÓN                  | TÉLEFONO     | CORREO                |
| CC                  | 79410496          | EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS | CRA 63 No 22 A-41 APTO 918 | 6013244411   | eamunoz87@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO                     | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO    |
| ÚNICA               | I - Independiente |                            |                            | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.           |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                 |               |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                    |               |                           |                 | EMPLEADOS     |
|                      |                                    |               |                           |                 | 1             |
|                      |                                    |               |                           |                 | 0             |
|                      |                                    |               |                           |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                    |               |                           |                 | \$1.140.000   |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |             |            |                        |               |                       |
|---------------|-------------|------------|------------------------|---------------|-----------------------|
| Código EPS    | Nombre      | NIT        | Colización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades         |
|               |             |            |                        |               | No. Autorización      |
| EPS005        | Sanitas EPS | 60251440-6 | 500.000                | 0             | Valor                 |
|               |             |            |                        |               | No. Autorización      |
|               |             |            |                        |               | Valor                 |
|               |             |            |                        |               | Licencia Maternidad   |
|               |             |            |                        |               | Días Mora             |
|               |             |            |                        |               | Valor Mora Colización |
|               |             |            |                        |               | Valor Mora UPC        |
|               |             |            |                        |               | Total a Pagar         |
|               |             |            |                        |               | No. Afiliados         |
|               |             |            |                        |               | 500.000               |
|               |             |            |                        |               | 1                     |

TOTALES PENSION

| Código AFP | Nombre       | NIT         | Colización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsolidaria | Días Mora | Valor Mora Colización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 25-14      | Colpensiones | 900336004-7 | 540.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     | 0              | 640.000       | 1             |

TOTALES RIESGOS LABORALES

| Código ARL | Nombre | NIT | Colización Obligatoria | Incapacidades    | Valor | Aportes Otros | Valor Hecho Colización | Días Mora | Valor Mora Colización | Subtotal Colización | No. Radicado  | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|------------------------|------------------|-------|---------------|------------------------|-----------|-----------------------|---------------------|---------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
|            |        |     |                        | No. Autorización | Valor | Sistemas      | Colización             | Mora      | Colización            | Colización          | Saldo a Favor | Favor               |                   |               |               |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
|------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|

TOTALES PARA FISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| 0            | 0         | 0                 | 0             | 0             |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |
|              |           |                   |               |               |

TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LRA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Salud               | 1                              | 500.000                             | 500.000       |
| Pensión             | 1                              | 640.000                             | 640.000       |
| 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                              | 1.140.000                           | 1.140.000     |

