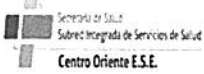
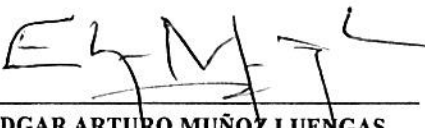


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.410.496		
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	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.931.392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27.931.392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6.750.000	
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
				6569	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES;28 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				0	
				PRORROGAS	
				0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
Desarrolle las actividades contractuales en TRASLADOS SECUNDARIOS con 180 HORAS					
1 Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.					
2 Lleve registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.					
3 Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clinica					
4 Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente					
5 Imparti instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado					
6 Diligencie el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.					
7 Informe 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, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos					
9 Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual					
10 Realice resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera					
11 Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda					
12 Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados					
13 Cumpli con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia					
14 Realice seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes					
15 Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.					
16 Cumpli con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para la provision del respectivo reemplazo					
17 Participe en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.					
18 Participe 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 disminucion en los mismos.					
19 Mantuve al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente					
20 Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibracion o reparacion 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	Conoci 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	Utilice el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	Cumpli 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	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	Realice seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	Utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	Realice 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	Recibi y entregue 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:	85709934
OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	COLPENSIONES
RIESGOS LABORALES:	N/A
OTRO	N/A
TOTAL PAGADO	\$ 1.140.000
VI DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en 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	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS			C.C	79.410.496
				RUT(NIT):	141113526501
CORREO ELECTRÓNICO:	eamunoz67@hotmail.com			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					
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	Nº CUENTA:	0550005300114930
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2000 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	6569
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES;28 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS				
	S 6.750.000				
<div> EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS C.C 79.410.496 CEL: 3153503477</div>					

180
h.

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION					
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:		5		S 6.750.000	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES;28 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85709934		OPERADOR:	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		MI PLANILLA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE			
		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICION 0 - PRORROGA 0:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO		
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X			
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X			
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X			
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.?	X			
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X			
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025 AL 30/04/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div> NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20</div>			

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	HOMBRE/APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
		ENXAR ARTUO MUÑOZ	LUENGAS				
CC	79410496			CRA 03 No 22 A-11 APTO 918	6013244411	ealmunoz237@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE BUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLADOS	UPC
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	87709934	\$1,140,000
				1	0
				TOTAL A PAGAR	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD														
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad			Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliada
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor						
EPS005	Santitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0		0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	HIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900536004-7	540.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Colización	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radiado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEIA			
Type Administradora	Nc. Administradores Reportados	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Ilica	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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	78410496	EIXGAR ARTUERO MUÑOZ		CRA 63 No 22 A-11 APTO 918	6013244411	eamunoz207@fctmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente				BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ, D.C.
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	867099214
				CANTIDAD
				EMPLADOS
				UPC
				1
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$1.140.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN/NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES		OCF			PARAMETROS			
No. Tipo	No. de identificación	Cuentas		Bancos		Emisores		Cuentas		ECG APP	Cotización	Volatilidad o Alizado	Volatilidad Apertante	Fondo personal de solidaridad	Fondo pensional de subsidio	Cod. EPS	Subsidio/Valor UNO	IGB APL	Caja de Seguro	Cotización	Código OCF	IGB OCF	Asiento OCF	Asiento SENA	Asiento ICSP	Asiento MEN	
CC	734 0426	3	0	N	N	N	N	N	N	25-14	4 000 000	640 000	0	0	0	EP9-005	4 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Cuenta corriente		Cuenta corriente		Emisor		Emisor		Cotización		Volatilidad		Fondo personal de subsidio		Código EPS		Caja de Seguro		Cotización		Asiento OCF		Asiento SENA		Asiento MEN	
		Cuenta corriente		Cuenta corriente		Emisor		Emisor		Cotización		Volatilidad		Fondo personal de subsidio		Código EPS		Caja de Seguro		Cotización		Asiento OCF		Asiento SENA		Asiento MEN	

