

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS			CC:	79410496	
CORREO ELECTRÓNICO:	EAMUNOZ67@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3153503477	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 63 # 22A 41			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	005300114930	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 2000 2025	N° CDP:	2519	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.200.000					



EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS
PS_2000_2025_B11142

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS
CC: 79410496
CEL: 3153503477

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

CON C.C N° 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	2025/01/02
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392	No. HORAS EJECUTADAS	192
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 54.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.200.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DIEZ (10) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion.
2	Lleve registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjieron durante el traslado.
3	Cumpli con las exigencias legales y eticas 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	Cumpli con los procedimientos, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes
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.
11	Apoye en la respuestas a quejas o requerimientos oportunamente.
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 y diligenciamiento del 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 para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion.
17	Participe en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos.
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 los medicamentos de control y solicite el cambio por proximos a vencer.
20	Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informe de las novedades presentadas.
21	Realice la 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.
22	Conoci y cumpli con la politica de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
23	Utilice el telefono institucional para tramites de despacho y y dando un buen uso.
24	Cumpli con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riesgo 4.
25	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones que se programaron por el supervisor
26	Realice el seguimiento diario de medicamentos de control y reporte las novedades.
27	Utilice un vestuario acorde a las ctividades contractuales.
28	Realice la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación.
29	Recibi y entregue las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales.
30	Realice las actividades dirigidas por el supervisor del contrato

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 88949151	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/08/13	\$ 500.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/08/13	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/08/13	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.140.000

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.

2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en 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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS</div><div>PS_2000_2025_B11142</div><div>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS</div><div>CC: 79410496</div></div>
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</div><div>PS_2000_2025_B11142</div><div>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</div><div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79410496	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS		CRA.63 No.22 A-41 APTO 918	6013244411	eamunoz67@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88949151	TOTAL A PAGAR
					\$1.140.000

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. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

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

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79410496	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS		CRA.63 No.22 A-41 APTO 918	6013244411	eamunoz67@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	13/08/2025	88949151	\$1.140.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC	79410496	MUÑOZ LUENGAS EDGAR ARTURO	3	0			N																	25-14	4.000.000	640.000	0	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	500.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA