

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>		<p align="center">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</p>				<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p>	
<p align="center">CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS</p>							
<p>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</p>				<p align="right">79.410.496/</p>			
<p>OBJETO DEL CONTRATO:</p>		<p>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SECUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p>					
<p>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</p>			<p>PS 2000 2025</p>		<p>FECHA INICIO CONTRATO</p>		<p>02/01/2025</p>
<p>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</p>		<p>\$ 27.931.392</p>		<p>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</p>		<p>TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)</p>	
<p>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</p>		<p>\$ 27.931.392 /</p>		<p>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</p>		<p>\$ 6.109.992 /</p>	
<p>Nº DE INFORME:</p>		<p align="center">1</p>		<p>Nº CRP:</p>		<p align="center">6569</p>	
<p>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</p>		<p align="center">3 MESES;28 DIAS</p>					
<p>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</p>				<p align="center">3BL HOSPITAL SAN BLAS</p>			
<p>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</p>				<p align="center">FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05</p>			
<p align="center">II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</p>							
<p>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</p>		<p align="center">0</p>		<p>TIPO DE MODIFICACIÓN</p>		<p align="center">0</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>CRP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>PRORROGAS</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>CRP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>TIEMPO PRORROGA DIO:</p>	
<p>VALOR ADICIONADO</p>		<p>CDP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>CRP DE LA ADICIÓN:</p>		<p>TIEMPO PRORROGA DIO:</p>	
<p align="center">III. POLIZAS (SI APLICA)</p>							
<p>Nº DE PÓLIZA:</p>		<p align="center">N/A</p>		<p>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</p>		<p align="center">N/A</p>	
<p>FECHA DE LA PÓLIZA</p>		<p align="center">N/A</p>		<p>FECHA DE APROBACIÓN:</p>		<p align="center">N/A</p>	
<p align="center">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)</p>							
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 política 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 ari en relacion al riego 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

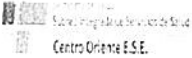
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	83322271	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	20/01/2025	\$ 500.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	20/01/2025	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	N/A		
OTRO	N/A		
TOTAL PAGADO			\$ 1.140.000

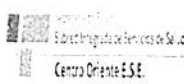
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, ari, 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>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025 /			
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS	C.C	79.410.496
		RUT(NIT):	141113526501
CORREO ELECTRÓNICO:	edgaraz67@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		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	Nº CUENTA: 0550005300114930 /
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 2000 2025	Nº CDP:	I / Nº. RP: 6569
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025 /		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	SEIS MILLONES CIENTO NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS /		
	S 6.109.992 /		
<div> EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS C.C 79.410.496 CEL: 3153503477</div>			

 <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN</p>		<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p>	
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. INFORMACIÓN 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	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 27.931.392		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 27.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.109.992
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	6569
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES;28 DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83322271	OPERADOR:	MI PLANILLA
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):	ADICION 0 PRORROGA 0
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
IV. VERIFICACIÓN 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 socop 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 (02/01/2025 AL 31/01/2025)			
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 APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	HOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	79410496	EDGAR ARTUERO MUÑOZ	CRA 53 No 22 A-41 APT0 918	6013244411	eamunoz87@hotmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE I – Independiente	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
				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	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	2024-12	2024-12	2024-12	85322271	\$1.140.000 ✓

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substancia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900338004-7	640.000	0	0	0	0	0	0		640.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES[illegible]**TOTALES CAJAS**

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

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 SUBSISTENCIA			
Tipo Administradora	No. Administraciones Reportadas	Valor antes de IGE, LUMA, IRT y More	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 DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					BENEFICIARIOS	UNC
					1	0
PENSIÓN SALUD	PENSIÓN PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	1	20/01/2025	85322271	\$1'140.000	

[illegible]