

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E		APoyo - GESTION DE CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			EDGAR ARTURO MUNOZ 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				02/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 27.931.392		S 27.931.392	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				S 6.750.000 ✓	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES;28 DIAS		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
				1	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		84889424		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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
				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:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		N/A	
		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		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 (01/03/2025 AL 31/03/2025)					
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			

		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	
N° DE INFORME:		4		N° CRP:	
				6569	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES;28 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				0	
				PRORROGAS	
				0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° 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)					
ITEM	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión.				
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:	84889424	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/03/2025	\$ 500.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/03/2025	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	N/A		\$ 0
OTRO	N/A		\$ 0
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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025

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

N° CUENTA:

0550005300114930

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2000 2025	N° CDP:		N° RP:		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 01/03/2025 AL 31/03/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)

SEIS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

\$ 6.750.000

EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS

C.C 79.410.496

CEL: 3153503477

TIPO		DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NÚMERO	HOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	CIUDAD / MUNICIPIO		
CC	79410496		EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS	CRA 63 No 22 A-41 APTO 918	6013244411	eamu0257@hotmail.com			
ÚNICA	1 - Independiente			DEPARTAMENTO			BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	64689424	\$1,140,000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS005	Sanitas EPS	800251440-8	500.000	0		0		0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	HIT	Aporte Voluntario Aliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	0	0	0	0	0	0	640 000		1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatorio		Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización Saldo a Favor	Fondo Solidario	Total a Pagar	No. Afiliados
			Cotización	Valor	Incapacidades								
					No. Autorización	Valor							

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	INT	Valor Aporte	Día Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Aliados
------------	--------	-----	--------------	----------	-------------------	---------------	-------------

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SEIA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	Nº. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP 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 DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	HOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	79410498	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUEGAS	CRA 63 No 22 A-41 APTO 918
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	1 - Independiente		
		CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.
		TELÉFONO	CORREO
		6013244411	edmunoz27@hotmail.com
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		NO	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	1	10/03/2025	84889424	\$1.140.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSION					SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
No.	Tipo		No. de Identificación	Apellidos y Nombres												Cotización	IBG AFP	Cód. AFP	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBG EPS	Deducción / Valor UPC	Cód. ARL	IBG ARL	Caja de Seguro	Cotización	Código CCF	IBG CCF	Aporte CCF	IBG obra pautada	Aporte SENA	Aporte ICBP	Aporte APAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
1	CC	794	0498	MUÑOZ LUEGAS EDGAR ARTURO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	</

