

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)					
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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.850.000	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/02	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/10/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31				
<div><div>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS PS_2000_2025_E87D91</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS CC: 79410496 CEL: 3153503477</div>					

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	156
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 54.931.392	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.850.000
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	.Realicé las actividades dirigidas por el supervisor del contrato
2	.Utilice un vestuario acorde a las actividades contractuales.
3	.Realicé la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación.
4	.Recibí y entregue las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales.
5	.Realicé las actividades y procedimientos diagnosticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención.
6	.Llevé registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surgieron durante el traslado.
7	.Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
8	.Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
9	.Impartí instrucciones a la tripulación de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado
10	.Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada.
11	.Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.
12	.Cumplí con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención segura de pacientes
13	.Apoye a la entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual
14	.Realice resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos.
15	.Apoye en la respuestas a quejas o requerimientos oportunamente.
16	.Promoví las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados
17	.Cumplí con la aplicación de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia
18	.Realice seguimiento de inventario y diligenciamiento del formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros días de cada mes
19	.Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantía de la calidad según requerimientos de la normatividad vigente.
20	.Cumplí con la programación para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución.
21	Participe en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos.
22	.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 disminución en los mismos.
23	.Mantuve al día los medicamentos de control y solicite el cambio por próximos a vencer.
24	.Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informe de las novedades presentadas.
25	.Realicé la recepción y entrega del paciente al profesional de enfermería y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente.
26	.Conocí y cumplí con la política de seguridad del paciente, reporte los evento adversos e incidentes y acciones de mejora
27	.Utilice el teléfono institucional para tramites de despacho y reporte dando un buen uso.
28	.Cumplí con la respectiva afiliación a la al en relación al riesgo 4.
29	.Asistí y participe en las capacitaciones, socializaciones que se programaron por el supervisor
30	.Realice el seguimiento diario de medicamentos de control y reporte las novedades.

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 90544286	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/15	\$ 500.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/15	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/10/15	\$ 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_E87D91</div></div> <div>EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS</div> <div>CC: 79410496</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_E87D91</div></div> <div>JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90544286	\$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	Total a Pagar	No. Afiliados

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
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	15/10/2025	90544286	\$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	MAA	MAA	MAA	MAA	MAA	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	0

PAGADA