E.S.E. CENTRO DE SALUD SAMPUES

SAMPUES-SUCRE

NIT: 900.208.532-6

DEBA A

ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO mayor de edad identificada con cedula de ciudadanía N°1.100696227 de Sampues – sucre, la suma de **TRES MILLONES TRECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS ($3.356.847)** por concepto de prestación de servicios como **ODONTÓLOGO** correspondiente al mes de Septiembre del 2024.

Roger Martinez

ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO
N° 1.100696227 de Sampues-sucre

Informe de ejecución
Septiembre del 2024
Contratante: Centro De Salud Sampués E.S.E

CONTRATO:	**ES PS 155 DE 2024**
CONTRATANTE:	**CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E**
CONTRATISTA:	**ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO**
OBJETO DE CONTRATO:	**PRESTACIÓN DE SERVICIO PROFESIONAL COMO ODONTOLOGO**
SUPERVISOR DE CONTRATO	**NORYS CARDENAS BELTRAN**

Para conocimiento de supervisor y demás fines pertinentes presento correspondiente informe de ejecución del contrato indicado en el encabezado correspondiente al periodo comprendido desde el mes de Septiembre del 2024.

En desarrollo y cumplimiento de las obligaciones contractuales, contempladas en la **CLAUSULA SEGUNDA** del contrato en referencia, brinde mis servicios **PROFESIONALES COMO ODONTOLOGO, EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA, DE ACUERDO CON LA NESECIDAD DEL SERVICIO DEL CENTRO DE SALUD SAMPUES E.S.E.** En las siguientes actividades.

1. Remití los pacientes en casos necesarios a odontólogos especialistas, formule, diagnostique y prescribí tratamiento que deben seguir, aplicando los tratamientos paliativos y curativos del paciente.
2. Prescribí y realice procedimientos especiales para ayuda diagnostica y/o en el manejo del caso.
3. Realice interconsultas y remití pacientes a médicos especialistas cuando se ha requerido y de acuerdo con la norma del sistema de remisión de pacientes.
4. Participe en la elaboración de programas de promoción de la salud a la comunidad.
5. Realice vigilancia epidemiológica en todas aquellas situaciones que son factores de riesgo para la población.
6. Participe en el diagnóstico y pronóstico del estado de la salud de la población del paciente.
7. Participe en la evaluación de las actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud.
8. Participe en investigaciones de tipo tendientes a establecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad.
9. Establecí y mantuve las relaciones de coordinación, necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud.
10. Velé por la consecución oportuna de los recursos necesarios y por la racional utilización de los disponibles y demás bienes a mi cargo.

Roger Martinez

ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO
CC. 1.100696227

Sampués, Septiembre del 2024.

Señores
CENTRO DE SALUD SAMPUES ESE

Asunto: Información solicitada por el Artículo 17 de la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Apreciados Señores:

Para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el Artículo 383 del estatuto tributario, modificado por el artículo 17 de la ley 1819 de 2016.

C E R T I F I C O Q U E:

		SI	NO
1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios.		X

Esta certificación se expide en el mes Septiembre del 2024.

Cordialmente;

Roger Martinez

ROGER DAVID MARTINEZ SACEDO
N° 1.100696227 de Sampues-Sucre

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1100696227
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ROGER DAVID MARTINEZ SALCEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SINCELEJO	DEPARTAMENTO:	SUCRE
DIRECCIÓN:	CARRERA 21 N 25 35	TELÉFONO:	9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4571507750**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990157758

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 402.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 402.200**