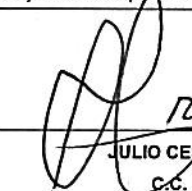
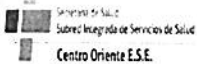
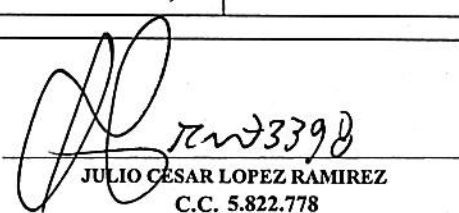


OK
42

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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						
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			5.822.778			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4288 2024		FECHA INICIO CONTRATO	5/07/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.887.284		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTISEIS DIAS (26)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 23.699.424		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.783.788	
Nº DE INFORME:	4		Nº CRP:	35526	Nº CDP: 1896	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES;26 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1
VALOR ADICIONADO	\$ 14.812.140	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36729	TIEMPO PRORROGA DO: TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGA DO: 0
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGA DO: 0
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGA DO: 0
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGA DO: 0
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGA DO: 0
III. PÓLIZAS (SI APLICA)						
Nº 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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
1	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión					
2	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
3	Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 164 HORAS					
4	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
5	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
6	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
7	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
8	Registro de historia clínica en la Bitacora de traslados de la movil asignada					
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial					

10	Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
11	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
12	Entrega de actas de requerimientos y quejas.		
13	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos		
14	Notificacion de actividades contractuales de la supervision		
15	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
16	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa.		
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
18	Entrega de actas de las capacitaciones realizadas.		
19	Bitacora de traslados de la movil asignada		
20	Bitacora de traslados de la movil asignada		
21	diligenciamiento de la lista de chequeo del estado de los equipos biomedicos		
22	Registro de historia clinica con sello del medico que recibe en la unidad de destino		
23	Bitacora de traslados de la movil asignada		
24	utilice los equipos tales como celular, radio		
25	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales		
26	Asisti a capacitaciones y reuniones programadas por el lider		
27	diligenciamiento de Bitacora de traslados de la movil asignada con seguimiento a los medicamentos de control		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9475398683	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	15/10/2024	\$ 509.700
PENSIÓN:	PORVENIR	15/10/2024	\$ 652.400
RIESGOS LABORALES:	N/A		\$ 0
OTRO	N/A		\$ 0
TOTAL PAGADO			\$ 1.162.100
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 ningún 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			
 JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ C.C. 5.822.778 CEL: 3017150794			

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ	C.C. 5.822.778
		RUT(NIT): 141109780276
CORREO ELECTRÓNICO:	jhonataney2205@hotmail.com	TELÉFONO: 3017150794
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 12 # 169 - 50 CASA 47	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)	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS N° CUENTA: 15369332969
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
N° DEL CONTRATO:	PS 4288 2024	N° CDP: 2598 N°. RP: 36729 PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES;26 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 31/10/2024 VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 23.699.424
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	CINCO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS \$ 5.783.788	
 JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ C.C. 5.822.778 CEL: 3017150794		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			5.822.778		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4288 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				5/07/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.887.284			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 23.699.424		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 5.783.788	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL:	
				35526	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES;26 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9475398683		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
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 CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				ADICION 1	
VALOR ADICIONADO		\$ 14.812.140		PRORROGA 1	
				TRES MESES (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2598	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		RP DE LA ADICIÓN:	
				36729	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		RP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		RP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		RP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		RP DE LA ADICIÓN:	
				0	
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. 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 (01/10/2024 AL 31/10/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05  JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEN e ICBF	No
CC 302278		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOULMA	2511471		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Valor
2024-09	2024-09	979151424	9475398683	Planilla	Planilla	2024/10/18	2024/10/15	BANCOLOMBIA	\$1,162,100
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ATP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$652,400	\$0	\$0	\$652,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$652,400	\$0	\$0	\$652,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$509,700	\$0	\$0	\$509,700	
SANTAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$509,700	\$0	\$0	\$509,700	
TOTAL				1	\$1,162,100	\$0	\$0	\$1,162,100	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 9822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pensión Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	979151424	9473398653	1	2024/10/18	2024/10/15	BANCOLOMBIA	0	\$1.162,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte	Código Dist	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$4,077,000	\$552,400		\$4,077,000	\$509,700		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$4,077,000	\$552,400		\$4,077,000	\$509,700		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)				\$4,077,000	\$552,400		\$4,077,000	\$509,700		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0
1	CC 9822778	LOPEZ JULIO	230101	\$4,077,000	\$552,400	EP5005	30	\$4,077,000	\$509,700	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0
Total Afiliados(1)				\$4,077,000	\$552,400		\$4,077,000	\$509,700		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0		\$0	\$0