	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 STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.026.569.461
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2902 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	$ 13.113.324	PLAZO INICIAL DEL	2 MESES Y 19 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 70.675.068		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 6.348.060
N° DE INFORME:	11	N° CRP:	14129	N° CDP:	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 19 DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22349	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.194.468	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25283	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.904.418	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29290	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 7.617.672	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32561	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 20.736.996	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36686	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.580.100	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46960	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	x
N° DE PÓLIZA:	x		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		x
FECHA DE LA PÓLIZA	x		FECHA DE APROBACIÓN:		x

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
1	1. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
2	2. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	3. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
4	4. Realice actividades contractuales como medico general en Unidad SAMPER MENDOZA 180 Horas
5	5. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
6	6. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	7. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	8. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	9. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
10	10. Realice Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	11. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
12	12. Realice Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
13	13. Realice Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
14	14.Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
15	15. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
16	16. Realice Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	17. Realice Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	18. Realice Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
19	19. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	20. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	21. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial. 21. Notificacion de actividades de la supervision
22	22. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
23	23. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	24. Realice Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
25	25. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
26	26. Realice Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
27	27. Realice Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	28. Realice Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
29	29. Realice Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.

30	30. Realice Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social
31	31. Realice Registro en las actas de asistencia a capacitaciones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9477444690**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	**18/11/2024**	**$ 343.800**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**18/11/2024**	**$ 440.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**18/11/2024**	**$ 67.000**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 850.800**

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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

SIIVER HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
CC:1026569461
CEL:3102962973

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA	CC:	1026569461
		RUT (NIT):	1026569461
CORREO ELECTRÓNICO:	stevenmedina93@gmail.com	TELÉFONO:	3102962973
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 12A 71C 60	CIUDAD:	BOGOTA 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

Regimen 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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	65900064564

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 2902 2024	Nº CDP:	3753	Nº. RP:	46960	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :11 MESES 19 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 70675068
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01-11-2024 AL 30-11-2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					6.348.060
	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS MTE					

STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA
C.C. 1026569461
CEL: 3102962973

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**STIVEN HUMBERTO MEDINA ECHEVERRIA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.026.569.461**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION SERVICIO URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2902 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				**13.113.324**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**70.675.068**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.348.060**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**11**	**N° CRP INICIAL:**	**14129**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 MESES Y 19 DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9477444690**		**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCIO TECNICA URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACION:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**6**	**6**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**22349**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.194.468**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25283**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.904.418**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**29290**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.617.672**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**32561**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES**
VALOR ADICIONADO	**$ 20.736.996**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36686**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES**
VALOR ADICIONADO	**$ 10.580.100**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**46960**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**2 MESES**

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**x**	
N° DE PÓLIZA:	**XX**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**XX**	
FECHA DE LA PÓLIZA	**DD/MM/AAAA**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**XX**	

IV. 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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO URGENCIAS GRADO 09**
	CARLOS ALBERTO MARIN: **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026569461		MEDINA ECHEVERRIA STIVEN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 12a 71c-60	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102962973	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1059695963	9477444690	I	2024/11/18	2024/11/18	NEQUI	0	$850,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1026569461	MEDINA STIVEN	230301	30	$2,750,000	$440,000	EPS010	30	$2,750,000	$343,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,750,000	$67,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,750,000	$440,000			$2,750,000	$343,800			$0	$0			$2,750,000	$67,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$440,000	$0	$0	$440,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$440,000	$0	$0	$440,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$67,000	$0	$0	$67,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$67,000	$0	$0	$67,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$343,800	$0	$0	$343,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$343,800	$0	$0	$343,800
TOTAL				**1**	**$850,800**	**$0**	**$0**	**$850,800**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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							
EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		**1.013.687.569**					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL 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 2907 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$ 13.119.324**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		**$ 95.397.235**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.982.866**		
N° DE INFORME:	**11**		**N° CRP:**	**14133**	**N° CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**2LV HOSPITAL LA VICTORIA**					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**6**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22237**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25286**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 17.668.767**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29293**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32564**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 28.566.270**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36689**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.476.604**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46962**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**

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**

ITEM	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 clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificacion de actividades contractuales de la supervision
2	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	**Realice mis actividades contractuales, en el HOSPITAL LA VICTORIA 198 HORAS**
4	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.
6	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
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	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos
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	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
18	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.
28	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social I tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificacion de actividades contractuales de la supervision
32	Asisti a capacitaciones y reuniones semanales
33	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477294217	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	15/11/2024	$ 329.800
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/11/2024	$ 422.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/11/2024	$ 64.300
OTRO	N/A		$ 0
	TOTAL PAGADO		$ 816.200

VI. 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO

C.C. 1.013.687.569

CEL: 3115658456

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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				EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.013.687.569			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL 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 2907 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			$ 13.119.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 95.397.235				VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 6.982.866
N° PAGO / N° DE INFORME:	11		N° CRP INICIAL:	14133	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			9477294217		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			2LV HOSPITAL LA VICTORIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 6	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22237	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25286	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 17.668.767	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29293	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32564	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36689	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 7.476.604	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46962	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
III. POLIZAS (SI APLICA)							
N° 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 **(01/11/2024 AL 30/11/2024)**

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 CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **CARLOS ALBERTO MARIN** **PERFIL:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO**	**C.C.**	**1.013.687.569**
		RUT(NIT):	**141115872063**
CORREO ELECTRÓNICO:	edwarcas9904@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3115658456**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 11A # 10A - 8 SUR**	**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**	**N° CUENTA:**	**0550488440867056**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2907 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46962**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **11 MESES;10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 95.397.235**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS**					
	$ 6.982.866					

EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO
C.C. 1.013.687.569
CEL: 3115658456

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013687569		CASTELLANOS MELO EDWAR ASDRUBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 11A 10A 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115658456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1050723648	9477294217	I	2024/11/19	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerada SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$2,638,000	$422,100			$2,638,000	$329,800			$0	$0			$2,638,000		$64,300		$0	$0		$816,200
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$2,638,000	$422,100			$2,638,000	$329,800			$0	$0			$2,638,000		$64,300		$0	$0		$816,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$2,638,000	$422,100			$2,638,000	$329,800			$0	$0			$2,638,000		$64,300		$0	$0		$816,200
1	CC	1013687569	CASTELLANOS EDWAR									X								23100 1	30	$2,638,000	$422,100	EPS005	30	$2,638,000	$329,800		0	$0	$0	14-23	30	$2,638,000	2.436%	$64,300	0	$0	$0	No	$816,200
Total Afiliados(1)																					$2,638,000	$422,100			$2,638,000	$329,800			$0	$0			$2,638,000		$64,300		$0	$0		$816,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013687569		CASTELLANOS MELO EDWAR ASDRUBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 11A 10A 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115658456	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1050723648	9477294217	I	2024/11/19	2024/11/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$816,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$422,100	$0	$0	$422,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$422,100	$0	$0	$422,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,300	$0	$0	$64,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$64,300	$0	$0	$64,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,800	$0	$0	$329,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$329,800	$0	$0	$329,800
TOTAL				1	$816,200	$0	$0	$816,200

2024/11/14 08:28 PM