

FAYBERTH CAMILO CAÑAS CORTES

1.015.431.358

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

18/09/2024

UN MES (1) Y TRECE DIAS (13)

\$ 6,348,060

2993

3 MESES:14 DIAS

5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

3

DOS MESES (2)

0

0

0

100

4

1

4

1

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	900001086326	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	SURA
FECHA DE LA PÓLIZA	1/12/2023	FECHA DE APROBACIÓN:	1/12/2024

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 el aplicativo Dinamica Gerencial.
3	Realice mis actividades contractuales, en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY 180 HORAS
4	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
5	Informe al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.
6	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
7	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
8	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epícrisis en dinámica gerencial
10	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.
11	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
12	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
13	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos
14	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
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 clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
19	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
20	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
21	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
23	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
24	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.
28	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social tales como eps, fondo de pensión y riesgos laborales
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones
30	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.
31	Notificación de actividades contractuales de la supervisión
32	Asistí 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:	7946017382 - 7949725965	OPERADOR:	SOI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	17/10/2024 - 18/11/2024	\$ 162.500 - \$ 228.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	17/10/2024 - 18/11/2024	\$ 208.000 - \$ 293.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/10/2024 - 18/11/2024	\$ 31.700 - \$ 44.600
CAJA DE COMPENSACION			
TOTAL PAGADO			\$ 968.700

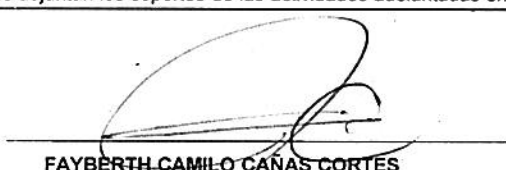
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 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 calculó 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 afiliación a eps, arl, pensión, 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)

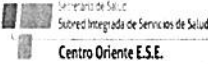
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



FAYBERTH CAMILO CAÑAS CORTÉS

C.C. 1.015.431.358

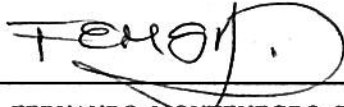
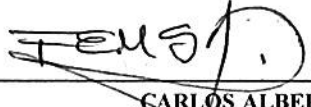
CEL: 3208010644

		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:	FAYBERTH CAMILO CAÑAS CORTES			C.C.	1.015.431.358
				RUT(NIT):	14787138230
CORREO ELECTRÓNICO:	md.camilocanas@gmail.com			TELÉFONO:	3208010644
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANSVERSAL 60 # 125 - 50			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	NO
				0	X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488423867065
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA				
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5020 2024	Nº CDP:	3753	Nº. RP:	47219
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES;13 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024	
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 21.371.802	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS				
	\$ 6.348.060				
<div> FAYBERTH CAMILO CAÑAS CORTES C.C. 1.015.431.358 CEL: 3208010644</div>					

1/12/2024

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:	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	 CARLOS ALBERTO MARIN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO

DAVIVIENDA

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL	\$ 402.200
-------	------------

DAVIVIENDA

NOMBRE	NO. COTIZANTES	COTIZACION	TOTAL APORTES A PENSION				TOTALES		VALOR PAGADO
			APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION FSP	MOYA	
	1	\$ 293.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 293.000	\$ 0	\$ 293.000

[illegible]

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
INSTRUCCION	NOMBRE	NO. COLIZANTES	NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD RPP	VALOR	PLANTA	VALOR	LIQUIDACION COLIZACION	APORTES	MENSA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
		1			\$ 0		\$ 0	\$ 44 609	\$ 44 609	\$ 0	\$ 0	\$ 44 609
					\$ 0				\$ 44 609	\$ 0	\$ 0	\$ 44 609

[illegible]

TOTAL	\$ 566.500
-------	------------

391440
 501460
 76302
 421
 4616
 46017332
 44972095

