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: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ	CC:		7181944
		RUT (NIT):		7181944
CORREO ELECTRÓNICO:	iguerrerol@hotmail.com	TELÉFONO:		3208001590
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 36 1c 81	CIUDAD:		BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

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 (x)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:		0550007500929794
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 2794 2024	N° CDP:	3753	N°. RP:	46914	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 73.214.292
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					6.771.264
	SEIS MILLONES SETESIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESETA Y CUATRO PESOS					

IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ
C.C 7181944 DE TUNJA
cel: 3208001590

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					
IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		7.181.9[illegible]4			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2794 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14.388.936**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN MES 28 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 73.214.292**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 6.771.264**		
Nº DE INFORME:	12	**Nº CRP:**	14033	**Nº CDP:**	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**		6
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22263	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ 7.194.468**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25202	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.597.234**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29221	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$ 6.771.264**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32489	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$ 20.736.996**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36610	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
VALOR ADICIONADO	**$ 11.003.304**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46914	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		X
Nº DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**FECHA DE APROBACIÓN:**			NA

ITEM	**IV. 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	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan de atención de su profesión
2	Lleve registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado
3	Realice los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
4	Cumpli con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica
5	Reporte los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente
6	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos a realizar durante el traslado
7	Diligencie el consentimiento informado acorde con la atención brindada
8	Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado
9	Cumpli con los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atención Prehospitalaria y demás establecidos por la Entidad, además de apoyar la implementación de los mismos
10	Apoye a la Entidad en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales
11	Realice resúmenes de historia clínica u otros documentos asistenciales o administrativos según se requiera
12	Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda
13	Cumpli con las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad en los servicios asignados
14	Cumpli con la aplicación de Protocolos Distritales de Respuesta a Emergencias y cadena de custodia
15	Apoye el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la normatividad vigente
16	Porte el uniforme institucional de manera adecuada y decorosa
17	Cumpli con la programación de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institución; en los casos de novedades informar con anticipación para la provisión del respectivo reemplazo

18	Participe en las diferentes reuniones, comités, relacionados con asuntos tanto del área de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran
19	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
20	Mantuve al dia los medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha próxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente
21	Verifique antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomédicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibración o reparación de los mismos
22	Realice la entrega del paciente al médico de la unidad receptora y recibir de parte del médico de la unidad remitente Las demás asignadas por el supervisor
23	cumpli con la politica de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que servirán para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
24	Utilice el teléfono institucional para tramite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
25	cumpli con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riego 4 Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
26	Asisti y participé en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad entregar soporte de asistencia al supervisor
27	Realizé seguimiento diario de medicamnetos de control y reportar falencias

Realiace mis actividades contractuales en unidad san blas tralados segundarios horas 180

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478645812	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09 12 2024	351300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09 12 2024	449600
RIESGOS LABORALES:	----------	09 12 2024	0
OTRO	----------		
TOTAL PAGADO			$0

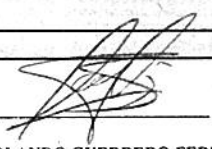
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 período correspondiente



IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ
CC:7181944
CEL:3208001590

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**IVAN ORLANDO GUERRERO FERNANDEZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**7.181.944**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL (AMBULANÇIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2794 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				14.388.936
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 73.214.292,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 6.771.264
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	14033	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 NUEVE MESES 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94786458 12		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION 6	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	**$** 9.522.090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22263	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 7.194.468	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25202	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 3.597.234	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1619	**RP DE LA ADICIÓN:**	29221	**TIEMPO PRORROGADO:**	UNMES 10 DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** 6.771.264	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32489	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 20.736.996	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36610	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 11.003.304	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46914	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		**X**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			NA

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 (01/12/2024 AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
CARGO:
DIRECTOR TECNICO SERVICIO URGENCIAS GRADO 09

Johon Jairo Rodriguez A
C.C. 13.087.070
Enfermero Epidemiólogo
Especialista en G.I.S

JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE
PROFESIONAL UNIVERSITARIO SIRC

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181944		GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carera 36 1c 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1109366379	9478645812	1	2024/12/11	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$800,900

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	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,810,000	$449,600			$2,810,000	$351,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,810,000	$449,600			$2,810,000	$351,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,810,000	$449,600			$2,810,000	$351,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0	
1	CC	7181944	GUERRERO IVAN	25-14	30	$2,810,000	$449,600	EPS005	30	$2,810,000	$351,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,810,000	$449,600			$2,810,000	$351,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7181944		GUERRERO FERNANDEZ IVAN ORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carera 36 1c 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1109366379	9478645812	I	2024/12/11	2024/12/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$800,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$449,600	$0	$0	$449,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$449,600	$0	$0	$449,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$351,300	$0	$0	$351,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$351,300	$0	$0	$351,300
TOTAL				1	$800,900	$0	$0	$800,900