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-IT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ						
IERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.750.821			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2809 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.119.324	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		21/03/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.968.422			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 5.924.856
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:		14048	Nº CDP:	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES, 10 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009NGRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	7	PRORROGAS		7
VALOR ADICIONADO	13.119.324	CDP DE LA ADICIÓN:	317	CRP DE LA ADICIÓN:	14048	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22277	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25217	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	20.736.996	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29234	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	6.559.662	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32502	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	15.235.344	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36624	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 12.272.916	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46928	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
Nº 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 obligaciones específicas del contrato 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 HOSPITALJORGE ELICER GAITAN CON 172 HORAS"	
4	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.	
5	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis en dinamica gerencial	
6	Registro de historia clinica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.	
7	Registro en las actas de entrega de material de proteccion personal e insumos	
8	Notificacion de actividades contractuales de la supervision	
9	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones	
10	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la direccion de urgencias.	
11	Presentacion de planilla mensual de aportes de seguridad social l tales como eps, fondo de pension y riesgos laborales	
12	Asisti a capacitaciones y reuniones semanales	
13	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	82389396	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	$ 328.900
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/12/2024	$ 419.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 64.200
OTRO	N/A	N/A	
TOTAL PAGADO			

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)

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

Luis Carlos Zamora.

LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ
CC: 80750821
CEL: 3203816393

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 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: (DD/MM/AAAA)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ	**CC:**	80750821
		RUT (NIT):	80750821-9
CORREO ELECTRÓNICO:	lucazamorar@gmail.com	**TELÉFONO:**	3203816393
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 12 D # 2 - 91	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 y parág

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:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**69174252408**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2809 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46928**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**15/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 86.968.422**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**CINCO MILLONES NOVECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS**					
	$ 5.924.856					

Juscarlos Zamora

LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ
C.C 80750821
cel: 3203816393

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			LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.750.821		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2809 2024	FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$ 13.119.324			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 86.968.422		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 5.924.856
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	14048	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES, 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82389396	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22277	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25217	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 20.736.996	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN:	29234	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 6.559.662	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN:	32502	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 15.235.344	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36624	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 12.272.916	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46928	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

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

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 CODIGO 009 GRADO 05**
	CARLOS ALBERTO MARIN **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80750821	LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ		Calle 2 D # 41-76	7657752	lczamorar@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82389396	TOTAL A PAGAR	
					$814,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	328,000	0		0		0	4	900	0	328,900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	419,900	0	0	0	0	4	1,200	0	421,100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	64,000				64,000	4	200	64,200			640	64,200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	328,000	328,900
Pensión	1	419,900	421,100
Riesgos Laborales	1	64,000	64,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	811,900	814,200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80750821	LUIS CARLOS ZAMORA RODRIGUEZ		Calle 2 D # 41-76	7657752	lczamorar@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82389396	$814.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en Exterior	Estrategia	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	80750821	ZAMORA RODRIGUEZ LUIS CARLOS	57	0				N																25-14	2.623.865	419.900	0	0	0	0	EPS008	2.623.865	328.000	14-11	2.623.865	3	64.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información