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	JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.107.058.574

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2892 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13.119.324				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 39.781.176		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.786.093
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	14120	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068680316		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
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 4	PRORROGA 6
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN:	22336	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 6.348.060	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN:	25276	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 4.443.642	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN:	36679	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 6.348.060	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	RP DE LA ADICIÓN:	46953	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	16880	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	CHUBB
FECHA DE LA PÓLIZA	16/11/2023	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	16/11/2023

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

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 Distrital 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 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.107.058.574			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2892 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:	$ 39.781.176	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.786.093		
Nº DE INFORME:	12	Nº CRP:	14120	Nº CDP:	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES;10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	4	PRORROGAS	6	
VALOR ADICIONADO	$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22336	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 6.348.060	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25276	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 4.443.642	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36679	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 6.348.060	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:	46953	TIEMPO PRORROGADO:	DOS MESES (2)
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	16880	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	CHUBB
FECHA DE LA PÓLIZA	16/11/2023	FECHA DE APROBACIÓN:	16/11/2023

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 SANTA CLARA 79 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:	**1068680316**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**09/12/2024**	**$ 169.300**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**09/12/2024**	**$ 216.700**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	**09/12/2024**	**$ 33.000**
OTRO	**N/A**		**$ 0**
TOTAL PAGADO			**$ 419.000**

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)

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

Jorge Armando Mejia Tobar .

JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR

C.C. 1.107.058.574

CEL: 3017885105

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 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR**	**C.C.**	**1.107.058.574**
		RUT(NIT):	**141055157215**
CORREO ELECTRÓNICO:	jorgearmandomejiatobar@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3017885105**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CALLE 22 # 29A - 44**	**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**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0535203996**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BBVA**				

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2892 2024**	**N° CDP:**	**3753**	**N°. RP:**	**46953**	**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:** **$ 39.781.176**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL NOVENTA Y TRES PESOS**					
	$ 2.786.093					

Jorge Armando mejia tobar

JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR
C.C. 1.107.058.574
CEL: 3017885105

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-09, 12:39:48 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1068680316

Periodo Cotización 202411 **Periodo Servicio** 202411

PAGADA 2024-12-09 11:13:14.0

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JORGE ARMANDO MEJIA TOBAR				
Documento	CC 1107058574	Dirección	CL 61N #2 CN - 81		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5241946		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	CALI	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		Identificación			

. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1107058574		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MEJIA TOBAR JORGE ARMANDO	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

I. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																		Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	0			$ 1.354.253	230301		16 %	$ 1.354.253	$ 216.700	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 1.354.253	$ 169.300	$ 0	14-7	3	2.436 %	$ 1.354.253	$ 33.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
¡PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 216.700	$ 0	$ 0	$ 169.300	$ 33.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 419.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!