142 119.

	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

MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,023,954,523				
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 2896 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/21/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 13,119,324	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	1 MES Y 28 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 73,637,496		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 6,771,264
N° DE INFORME:	N° 12	**N° CRP:**	14123	**N° CDP:**	317
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
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**	5	**PRORROGAS**		5
VALOR ADICIONADO	9,522,090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22339	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	7,617,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25278	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	14,388,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32556	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	17,562,966	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36681	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	11,426,508	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46955	**TIEMPO PRORROGADO:**	3 MESES
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:**	
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 (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	Realicé las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente dentro del centro medico Diana Turbay con un total de 180 horas
2	Brindé una atención en salud buscando los mejores estándares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atención personalizada y humanizada
3	Presté mis servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales
4	Realicé las actividades según las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atención

I.

6	Respeté los derechos del paciente, cumplí el código de ética médica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atención
7	Realicé el seguimiento y control a pacientes en los que se requirió mi participación e imparti instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
8	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que fueron solicitados
9	Diligencié en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presentaron fallas del sistema) los formatos de las historias clínicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demás registros propios de mi actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demás directrices relacionadas con el manejo de historias clínicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
10	Garanticé la debida reserva de la información del paciente y de los registros clínicos
11	Garanticé la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, así como la utilización racional de los recursos que la Subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposición o reparación cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulación de los mismos
12	Reporté al área de Recursos Físicos – Activos Fijos de la SUBRED, los equipos de mi propiedad, que se destiné a las actividades asistenciales
13	Participé activamente en el desarrollo, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales, sistema integrado de gestión, acreditación, seguridad del paciente y demás actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067250534 1068036380	**OPERADOR:**	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	07-12-2024	376700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	07-12-2024	481900
RIESGOS LABORALES:	SURA	07-12-2024	73500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 931900

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

MANUEL HUMBERTO GUZMAN
CC: 1023954523
CEL: 3143516378

	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: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO	**CC:**	1023954523
		RUT (NIT):	1023954523
CORREO ELECTRÓNICO:	manuguz_123@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3143516378
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CALLE 61 # 20D - 60 INTERIOR 6 APTO 102	**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

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	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488427158636**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2896 2024**	**N° CDP:**	3753	**N°. RP:**	46955	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/15/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**12/31/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 73,637,496**
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)	**$ 6,771,264**					
	SEIS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					



MANUEL HUMBERTO GUZMAN
C.C 1023954523
CEL: 3143516378

Secretaría Distrital 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			**MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1,023,954,523**		
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 2896 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/21/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			13,119,324
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 73,637,496		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 6,771,264
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL:**	14123	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (0)**	**TIPO DE MODIFICACION (ADICION – PRORROGA):**				ADICION (5)	PRORROGA (5)
VALOR ADICIONADO	$ 9,522,090	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1030	**RP DE LA ADICIÓN:**	22339	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 7,617,672	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1270	**RP DE LA ADICIÓN:**	25278	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 14,388,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2200	**RP DE LA ADICIÓN:**	32556	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	$ 17,562,966	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36681	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ 11,426,508	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	46955	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
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:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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		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 (01/12/2024) 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: EMERGENCIOLOGO**

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-12-06, 07:42:48 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068036880

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024

Fecha límite de pago: 2024-12-06

GUARDADA 13/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO				
Documento	CC1023954523	**Dirección**	CL 46A #23 - 10		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143516378		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023954523	GUZMAN GUERRERO MANUEL HUMBERTO	59	00																0	30	30	30	0	COLPENSIONES	$ 3.005.246	$ 480.900	SALUD TOTAL EPS	$ 3.005.246	$ 375.700	ARL SURA	$ 3.005.246	$ 73.300	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 929.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FS5	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 3.005.246	$ 3.005.246	$ 3.005.246	$ 0	$ 480.900	$ 0	$ 0	$ 375.700	$ 73.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 929.900	$ 0	$ 929.900

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-07, 11:03:25 AM on horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	MANUEL HUMBERTO GUZMAN GUERRERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1023954523
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068036880
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1108555755
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 931.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 480.900	$ 1.000
N800130907	EPS002	SALUD TOTAL EPS	1	$ 375.700	$ 800
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 73.300	$ 200
		SubTotales:		$ 929.900	$ 2.000
		Total a Pagar:			$ 931.900

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!