180

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ	**CC:**		5.822 778
		RUT (NIT):		141109780276
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIOCESARLOPEZR@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**		3017150794
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 12 169-50 CASA 47	**CIUDAD:**		BOGOTA 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	( )

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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**15369332969**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4288 2024**	**Nº CDP:**	**3753**	**Nº. RP:**	**47037**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES (26 VENTISEIS DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**5/07/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 34.561.660**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**6.348.060**
	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS					

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
C.C. 5.822.778 DE BAGUE TOLIMA
cel: 3017150794

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**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERS 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			5.822.778			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) 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 4288 2024			**FECHA INICIO CONTRATO**		5/07/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 8.887.284	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTISEIS DIAS (26)			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 34.561.660		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$** 6.348.060
N° DE INFORME:	6	**N° CRP:**	35526	**N° CDP:**		1896
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTISEIS DIAS (26)					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	2
VALOR ADICIONADO	**$** 14.812.140	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36729	**TIEMPO PRORROGADO:** TRES MESES
VALOR ADICIONADO	**$** 10.862.236	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**CRP DE LA ADICIÓN:**	47037	**TIEMPO PRORROGADO:** DOS MESES
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**			**NO**		X
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Realice las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologias 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 facturacion
4	Cumpli con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica
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 ateñción 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, guias, 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 resumenes de historia clinica 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

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9479209557	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	10/27/2024	509400
PENSIÓN:	PORVENIR	10/27/2024	652400
RIESGOS LABORALES:	P4	10/27/2024	0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1162100 -

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro

2.- Que realice 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

JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
CC: 5.822.778
CEL: 3017150794

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 VE 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**5.822.778**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 2 (AMBULANCIA) 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 4288 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**5/07/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				8.887.284
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	$ 34.561.660		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.348.060**
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	**N° CRP INICIAL:**	35526	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1896
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTISEIS DIAS (26)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94788[illegible]57		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TECNICO COD 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 14.812.140	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2598	**RP DE LA ADICIÓN:**	36729	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 10.862.236	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3753	**RP DE LA ADICIÓN:**	47037	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS 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:**	$ -

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	**NA**	**NO**		**NA**
N° DE PÓLIZA:	NA	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			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 ejecucion 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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL:** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16-30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	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	1114396643	9478709557	1	2024/12/18	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$1,162,100

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)							$4,077,000	$652,400			$4,077,000	$509,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$4,077,000	$652,400			$4,077,000	$509,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)							$4,077,000	$652,400			$4,077,000	$509,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	5822778	LOPEZ JULIO	230301	30		$4,077,000	$652,400	EPS005	30	$4,077,000	$509,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$4,077,000	$652,400			$4,077,000	$509,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	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	1114396643	9478709557	I	2024/12/18	2024/12/10	BANCOLOMBIA	0	$1,162,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$652,400	$0	$0	$652,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$652,400	$0	$0	$652,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$509,700	$0	$0	$509,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$509,700	$0	$0	$509,700
TOTAL				1	$1,162,100	$0	$0	$1,162,100