258 +4

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							
EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.013.687.569**			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			**PS 2907 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:		**$ 98.359.663**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 9.098.886**		
N° DE INFORME:	**12**		**N° CRP:**	**14133**	**N° CDP:**	**317**	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			**2LV HOSPITAL LA VICTORIA**				
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**	**7**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**22237**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**25286**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 17.668.767**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**29293**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**32564**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 28.566.270**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**36689**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.476.604**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**46962**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.962.428**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4066	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50069	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**

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	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** La victoria 258 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:	94782137727	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	10-12-2024	349300
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	10-12-2024	447100
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	10-12-2024	68100
OTRO	**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)

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



EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO
C.C. 1.013.687.569
CEL: 3115658456

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:	**EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO**	**C.C.**	**1.013.687.569**
		RUT(NIT):	**141115872063**
CORREO ELECTRÓNICO:	edwarcas9904@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3115658456**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 11A # 10A - 8 SUR**	**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:**	0550488440867056
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**				

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 2907 2024**	**N° CDP:**	4066	**N°. RP:**	66069	**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:** $ 98.359.663
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS**					
	$ 9.098.886					

EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO
C.C. 1.013.687.569
CEL: 3115658456

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				**EDWAR ASDRUBAL CASTELLANOS MELO**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**1.013.687.569**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MÉDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 2907 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**			**21/01/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				**$ 13.119.324**			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 98.359.663**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 9.098.886**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**12**	**N° CRP INICIAL:**		**14133**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**		**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**11 MESES;10 DIAS**						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94783137			**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS**						
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**2LV HOSPITAL LA VICTORIA**						
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 7**	**PRORROGA 6**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**22237**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25286**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 17.668.767**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**29293**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**$ 9.522.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**32564**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 28.566.270**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36689**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.476.604**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**3753**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**46962**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.962.428**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**4066**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**50069**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
III. POLIZAS (SI APLICA)							
N° DE PÓLIZA:	**N/A**		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**				**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**				**N/A**

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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013687569		CASTELLANOS MELO EDWAR ASDRUBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 11A 10A 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115658456	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	1114632377	9478713777	I	2024/12/16	2024/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$864,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,794,000	$447,100			$2,794,000	$349,300			$0	$0			$2,794,000		$68,100		$0	$0		$864,500
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$2,794,000	$447,100			$2,794,000	$349,300			$0	$0			$2,794,000		$68,100		$0	$0		$864,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,794,000	$447,100			$2,794,000	$349,300			$0	$0			$2,794,000		$68,100		$0	$0		$864,500
1	CC	1013687569 CASTELLANOS EDWAR																X		23100 1	30	$2,794,000	$447,100	EPS005	30	$2,794,000	$349,300		0	$0	$0	14-23	30	$2,794,000	2.436%	$68,100	0	$0	$0	No	$864,500
Total	**Afiliados(1)**																					$2,794,000	$447,100			$2,794,000	$349,300			$0	$0			$2,794,000		$68,100		$0	$0		$864,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013687569		CASTELLANOS MELO EDWAR ASDRUBAL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 11A 10A 08 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115658456	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	1114632377	9478713777	I	2024/12/16	2024/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$864,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$447,100	$0	$0	$447,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$447,100	$0	$0	$447,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$68,100	$0	$0	$68,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$68,100	$0	$0	$68,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$349,300	$0	$0	$349,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$349,300	$0	$0	$349,300
TOTAL				**1**	**$864,500**	**$0**	**$0**	**$864,500**