

144

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN 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					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS			
		1.101.752.086			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APII"				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5796 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.706.230	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TREINTA (30) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	6.706.230	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	5.191.920
N° DE INFORME:	1		N° CRP:	51014	N° CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TREINTA (30) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			300. HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
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	
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
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	Estuve presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes en el marco de una relación de coordinación inherente al ejercicio de una profesión liberal e independiente.				
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clínica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer actividades de seguimiento y de mejora a la adherencia del diligenciamiento de la historia clínica.				
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clínica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y desistimiento de traslado, Formulación médica, cadena de custodia).				
4	Realice la valoración médica y/o traslado de pacientes cuando así sea indicado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.				
5	Realice las maniobras básicas y avanzadas para la estabilización de pacientes críticos, en caso de requerirse en el proceso de atención.				
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APII Centro Oriente E.S.E.				
7	Porte de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.				
8	Garantice el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.				
9	Vele por la oportunidad, pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolución en la atención médica Prehospitalaria.				
10	Realice informe y registro oportuno de datos críticos.				
11	Efectue reporte y registro de sucesos de seguridad.				
12	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.				

13	Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
14	Cumpli con las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades.
15	Respondi oportunamente a los despachos y/o llamados generados desde el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE
16	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.
17	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución cuando sean requeridos.
18	Registre todos los desplazamientos realizados en la ambulancia "Fallidos 5-20, Valoraciones y Traslados" por medio del aplicativo designado para tal fin.
19	Capture los soportes necesarios para realizar el debido proceso de la autorización y facturación de los traslados y/o valoraciones realizadas.
20	Respondi y asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.
21	Di uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehículos de emergencia; así mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	Realice el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo RUAF
23	Efectue el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
26	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
27	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 6677277-2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478230163	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	9/12/2024	\$ 324.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	\$ 415.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	\$ 63.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 803.200

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 calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ru)
- 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.

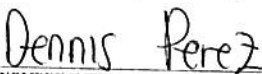
VII. ANEXOS

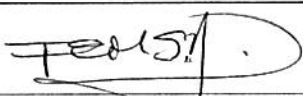
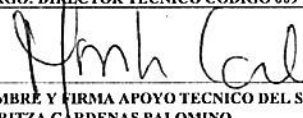
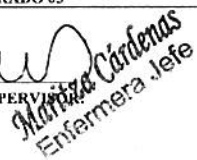
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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

Dennis Perez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS
CC: 1101752086
CEL.: 3502272957

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN						CÓDIGO: AP-FT-014 VERSIÓN: 6
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS			CC:	1101752086	
CORREO ELECTRÓNICO:	alejandroperez2019@gmail.com			RUT (NIT):	110175208-7	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 52 SUR 24 35			TELÉFONO:	3502272957	
				CIUDAD:	BOGOTÁ	
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 1.4.1.6 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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	5675899448
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5796 2024	N° CDP:	4123	N° RP:	51014	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TREINTA (30) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	8/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.706.230	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 10/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ CINCO MILLONES CIENTO NOVENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					5.191.920
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS CC: 1101752086 CEL: 3502272957						

<div><div><div>Centro Oriente E.S.E.</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div></div></div>		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DENNIS ALEJANDRO PEREZ VARGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.101.752.086		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SUS SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5796 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		6.706.230	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.706.230		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.191.920	
N° PAGO / N° DE INFORME:		1		N° CRP INICIAL: 51014	
				N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 4123	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TREINTA (30) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9478230163		OPERADOR: APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH"			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION (0) PRORROGA (0)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
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 (10/12/2024) AL (31/12/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</div></div>			
		<div><div>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA</div></div> <div></div>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1101752086		PEREZ VARGAS DENNIS ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 53 sur 24 a 35 Tunal	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	8125658	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
Pensión	Salud	1112145096	Planilla	2024/12/19	2024/12/09	0	\$803,200	
2024-11	2024-11	9478220163	1					

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
1	CC 1101752086	PEREZ VARGAS DENNIS ALEJANDRO	230301	30	\$2,595,961	\$415,400	EP5001	30	\$2,595,961	\$324,500			\$0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,595,961	\$63,300	0		\$0	
Total Afiliados(1)						\$2,595,961	\$415,400			\$2,595,961	\$324,500			\$0	\$0			\$2,595,961	\$63,300			\$0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$415,400	\$0	\$0	\$415,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$63,300	\$0	\$0	\$63,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
ALIANSA EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830,113,831	0	1	\$324,500	\$0	\$0	\$324,500
TOTAL				1	\$803,200	\$0	\$0	\$803,200

