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

130

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.143.364.518

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 5803 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:**	$	4.687.150
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	51001	**Nº CDP:**	4123
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TREINTA (30) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
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**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
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 especificas del contrato realizadas durante el mes)	
1	Estuve presente en el momento de recibir turno y las respectivas novedades en base.	
2	Realicé correcto diligenciamiento de cada Historia Clinica por medio de la aplicación "tapptus", de acuerdo a los principios de integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad.	
3	Realicé mediante la plataforma "tapptus" los registros de atención requeridos para los incidentes asignados.	
4	Se llevaron a cabo las valoraciones y traslados indicados por el CRUE.	
5	Se realizaron los procedimientos requeridos para lograr estabilizar pacientes en estado crítico de acuerdo al estado del arte.	
6	Participé en el desarrollo de las actividades que se programaron a partir de la Unidad Funcional de APH Centro Oriente E.S.E.	
7	Hice uso decoroso del uniforme y los implementos que me identifican como contratista de Subred Centro Oriente E.S.E.	
8	Se hizo estricto cumplimiento de normas de bioseguridad para evitar eventos adversos cuidando nuestra integridad y la de los pacientes.	
9	Se veló por cada uno de los principios estipulados de la atención médica Prehospitalaria.	
10	Se informó y registró la información correspondiente a datos críticos.	
11	No fue requerido efectuar reportes por incidentes relacionados a nuestra seguridad.	
12	Se adoptaron durante las actividades todas las referencias pertinentes para la buena práctica médica.	
13	Se brindó atención digna y humanizada a los pacientes durante la atención Prehospitalaria de forma igualitaria.	
14	Se respetaron las normas de seguridad y confidencialidad como el secreto profesional para cada paciente atendido.	
15	Respondimos a todos los llamados y solicitudes a través del radio por parte de CRUE oportunamente.	
16	Aplicamos las respectivas políticas de calidad de la institución.	
17	Hice parte de las reuniones y capacitaciones a las que fui invitado diligenciando asistencia y los test relacionados.	
18	Se diligenció el formato de la plataforma "tapptus" necesario en cada uno de los casos asignados.	
19	Dentro del diligenciamiento de la Historia Clinica se requirieron y anexaron los documentos de identificación siempre que fueron aportados.	
20	No recibí notificación de citaciones u otros requerimientos por parte del CRUE.	
21	Utilicé adecuadamente los insumos a mi disposición, e hice debida solicitud de los mismos por medio del apartado en la Historia Clinica.	
22	No requerí hacer registro de defunciones el presente mes.	
23	Se manejó registro completo del Kárdex para el inventario de la móvil.	
24	Diligencié oportunamente el reporte preoperacional por la plataforma "tapptus".	
25	Tramité el presente mes el formato de cuenta de cobro y certificado de los aportes obligatorios de salud y pensión.	
26	Llevé a cabo demás actividades asignadas por el supervisor inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 "APH".	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10681727781	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	16/12/2024	$	363.400
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	16/12/2024	$	465.100
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO			$ 828.500	

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 cálculo 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, 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

Miguel Angel Blanco M.
CC: 1.143.364.518
CEL: 305 378 0947

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:	MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO	**CC:**	1143364518
		RUT (NIT):	1143364518-5
CORREO ELECTRÓNICO:	MglBlanco20@gmail.com	**TELÉFONO:**	305 378 0947
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cl 8A sur #8A-89	**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	**( )**

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.

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:	**BBVA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0887064962**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5803 2024**	**N° CDP:**	**4123**	**N°. RP:**	**51001**	**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 31/12/2014					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**4.687.150**
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS					

Miguel Angel Blanco M.
C.C. 1.143.364.518
cel: 305 378 0947

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 FECHA: 2024-09-160

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.143.364.518

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 5803 2024		FECHA INICIO CONTRATO		10/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				6.706.230,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.706.230,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	4.687.150,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	N° CRP INICIAL:	51001	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4123
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TREINTA (30) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068172781		OPERADOR:	SIMPLE	
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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN –			ADICIÓN (0)		PRÓRROGA (0)
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:		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 **cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **10/12/2024 al 31/12/2014.**

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: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA

Maritza Cárdenas
Enfermera Jefe

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2024-12-17, 05:02:52 PM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1068172781

Periodo Cotización: noviembre de 2024

Periodo Servicio: noviembre de 2024

PAGADO 16/12/2024

Datos del Aportante

Razón Social	MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO		
Documento	CC1143364518	**Dirección**	CL 8A SUR #8 A - 89 SAN JERONIMO APT 213
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 461.600	$ 3.500	$ 465.100
N900156264	EPS037	NUEVA EPS S.A.	1	$ 360.600	$ 2.800	$ 363.400
Total Pagado				$ 822.200	$ 6.300	$ 828.500

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!