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					
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.012.417.578**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2907 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/1/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14,389,248**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**CUATRO (04) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14,389,248**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3,372,480**	
N° DE INFORME:	**1**	**N° CRP:**	**7193**	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CUATRO MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ANGELA MARIA MENDOZA MESA**		**PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16**		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**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:**	
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:**	
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**	**x**
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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	REALIZAR PROCEDCIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN HOSPITALIZACION, URGENCIAS, SALA ERA Y CONSULTA EXTERNA PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE

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: (31/01/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS**	**CC:**	**1.012.417.578**
		RUT (NIT):	**700070668-8**
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDRESVARGASGALVIS@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3155527573**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CLL 60 A SUR # 73- 40**	**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

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:	**SCOTIABANK COLPATRIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	4482018628

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2907 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**7193**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$14,389,248.00**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 02/1/2025 AL 31/1/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 3,372,480** **TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL, CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**					

Maicol Vargas Galvis

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
C.C 1.012.417.578
CEL: 3155527573

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: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MAICOL ANDRES VARGAS GALVIS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.417.578

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2907 2025	FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$		14,389,248.00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14,389,248.00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3,372,480.00

N° PAGO / N° DE INFORME:	1	N° CRP INICIAL:	7193	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480421563	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO TERAPETICO Y REHABILITACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANGELA MARIA MENDOZA MESA	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16	

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N°	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION	PRORROGA
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:	
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:	

en línea

Planilla Resumen

TOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
012417578		VARGAS GALVIS MAICOL ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 82 #68 69 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7783415	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
nsión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-12	2024-12	1205993615	9480421563	I	2025/01/21	2025/01/20	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$470,100

UIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																
Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
URSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
tro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
ad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																			
CC	1012417578	VARGAS MAICOL									X								
Afiliados(1)																			

	PENSION				SALUD			
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
URSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000
tro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000
ad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000
CC 1012417578 VARGAS MAICOL	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000
Afiliados(1)			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000

	CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
URSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,475,600	$29,600			$1,413,500		$34,700		$0	$0		$470,100
tro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			$1,475,600	$29,600			$1,413,500		$34,700		$0	$0		$470,100
ad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			$1,475,600	$29,600			$1,413,500		$34,700		$0	$0		$470,100
CC 1012417578 VARGAS MAICOL	CCF24	30	$1,475,600	$29,600	14-11	30	$1,423,500	2.436	$34,700	30	$0	$0	No	$470,100
Afiliados(1)			$1,475,600	$29,600			$1,413,500		$34,700		$0	$0		$470,100

TOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
012417578		VARGAS GALVIS MAICOL ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 82 #68 69 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7783415	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
nsión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-12	2024-12	1205993615	9480421563	I	2025/01/21	2025/01/20	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$470,100

SUMEN DE PAGO

SGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,600	$0	$0	$29,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,600	$0	$0	$29,600
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TAL				1	$470,100	$0	$0	$470,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

 2025/01/19 05:51 PM