

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 2068 2025 **FECHA INICIO CONTRATO:** 2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 27.085.056 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 27.085.056 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.700.730

N° DE INFORME: 1 **N° CRP:** 6624 **N° CDP:** 1

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS

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** ADICIONES **0** **PRORROGAS** 0

VALOR ADICIONADO **CDP DE LA ADICIÓN:** **CRP DE LA ADICIÓN:** **TIEMPO PRORROGA DO:**

VALOR ADICIONADO **CDP DE LA ADICIÓN:** **CRP DE LA ADICIÓN:** **TIEMPO PRORROGA DO:**

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

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	1. realizar las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.	
2	2. llevar registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.	
3	3. cumplir con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica	
4	4. reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	
5	5. impartir instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado	
6	6. diligenciar el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.	
7	7. informar al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.	
8	8. conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guías, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	
9	9. apoyar a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual	
10	10. realizar resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera	
11	11. apoyar en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda	
12	12. promover las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados	
13	13. cumplir con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia	
14	14. el seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes	
15	15. apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.	
16	16. cumplir con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la	
17	17. participar en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.	
18	18. participar activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos,	
19	19. mantener al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente	
20	20. verificar antes de comenzar el turno el estado de los equipos biomedicos que hacen parte de las ambulancias e informar si se requiere calibracion o reparacion de los mismos	
21	21. hacer recepcion y entrega del paciente al profesional de enfermeria y al profesional medico de la unidad receptora y recibir de parte del medico de la unidad remitente las demas asignadas por el supervisor.	

22	22. conocer y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formular acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
23	23. utilizar el teléfono institucional para trámite dentro de la SISSCO, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	24. cumplir con la respectiva afiliación a la ARL en relación al riesgo 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	25. asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-científicos que se programen desde la entidad.
26	26. realizar seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	27. utilizar un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	28. realizar la notificación del inicio y culminación de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicación establecidos por la entidad
29	29. recibir y entregar las novedades y el vehículo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
30	30. las demás actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480495819	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	20/01/2025	\$ 509.700
PENSIÓN:	PORVENIR	20/01/2025	\$ 652.400
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.162.100

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 calculó 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 cargo 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.

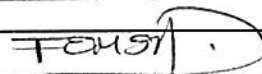
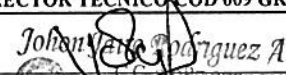
VII. ANEXOS

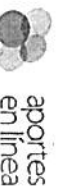
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

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


JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ
 CC: 5.822.776
 CEL: 3017150794

<div><div>Secretaría de Salud 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 APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>					CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)						
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
						15369332969
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 2068 2025	Nº CDP:	I	Nº. RP:	6627	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES (28) VENTIOCHO DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 27.085.056
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S					6.700.730
SEIS MILLONES SETESIENTOS MIL SETESIENTOS TREINTA PESOS MCTE.						
<div> RN 73398</div> <div>JULIO CESAR LOPEZ RAMIREZ C.C. 5.822.778 DE BAGUE TOLIMA cel: 3017150794</div>						

 <p>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>		<p align="center">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</p>		<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VE 2</p>	
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 2068 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$				27.085.056
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	\$		27.085.056	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.700.730
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1		Nº CRP INICIAL:	6627	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VENTIOCHO (28) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480495819		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					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (0)
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ -	RP DE LA ADICIÓN:	\$ -
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	\$ -	RP DE LA ADICIÓN:	\$ -
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NA	NO	NA	
Nº 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 A PRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS				SI
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)					
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 COD 009 GRADO 05			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JOHN JAIRO RODRIGUEZ APONTE PERFIL: PROFESIONAL UNIVERSITARIO			



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE
CC 3822778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUE-TOLIMA	2611471	ICBF No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Banco	Pago	Valor
Pension Salud 2024-12	Planilla	Planilla	2025/01/21	BANCOLOMIA	2025/01/21	\$1,162,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	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 3822778	LOPEZ JULIO	230301	30	\$4,077,000	\$652,400	EP5009	30	\$4,077,000	\$509,700	0	0	\$0	\$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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Secursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 382778		LOPEZ RAMIREZ JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 18 16 30	IBAGUÉ-TOLIMA	2611471	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Barco	Pago	Valor
2024-12	2024-12	1208391367	1	2025/01/21	2025/01/21	BANCOLOMIA	Días Mora 0	\$1,162,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
--------	--------	-----	----	-----------	-----------------	----------------	------------------------	---------------

AF (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
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$509,700	\$0	\$0	\$509,700
TOTAL				1	\$1,162,100	\$0	\$0	\$1,162,100