| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**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:** | **$ 3,147,648** | |
| **N° DE INFORME:** | **2** | **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:** | |

**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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO -- GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025) | | | |
| 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: | 4482016628 |

| 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 :<br>4 MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2/1/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30/4/2025 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:<br>$14,389,248.00 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/2/2025 AL 28/2/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ 3,147,648 | | | | | |
| | TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE | | | | | |

Maicol Vargas

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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>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: | $ 3,147,648 | | |
| N° PAGO / N° DE INFORME: | 2 | 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: | 9481653574 | 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: | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012417578 | | VARGAS GALVIS MAICOL ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 82 #68 69 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7783415 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1263402663 | 9481653574 | I | 2025/02/19 | 2025/02/13 | SCOTIABANK COLPATRIA | 0 | $469,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | | ing | ret | tde | tae | tdp | tep | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | tri | 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $469,000 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $469,000 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $469,000 |
| 1 | CC | 1012417578 | VARGAS MAICOL | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 23020 1 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS005 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | CCF24 | 30 | $1,423,500 | $28,500 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | 2.436% | $34,700 | 30 | $0 | $0 | No | $469,000 |
| Total Afiliados(1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $1,423,500 | $28,500 | | | $1,423,500 | | $34,700 | | $0 | $0 | | $469,000 |


**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1012417578 | | VARGAS GALVIS MAICOL ANDRES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 82 #68 69 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7783415 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1263402663 | 9481653574 | I | 2025/02/19 | 2025/02/13 | SCOTIABANK COLPATRIA | 0 | $469,000 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,500 | $0 | $0 | $28,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $469,000 | $0 | $0 | $469,000 |


PLANILLA DE LIQUIDACION DE APORTES