		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 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:		\$ 26.175.930		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 6.057.240	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
				51001	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS		Nº CDP:	
				4123	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.057.240		2	
				PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		TIEMPO PRORROGADO:	
				VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ 13.412.460		TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2) MESES	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)					
ITEM	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 los casos que se requirió en el proceso de atención				
6	Desarrolle las actividades programadas, según cronogramas establecidos por la Unidad Funcional de APH 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 requirieron para el cabal cumplimiento de las actividades				
13	Brinde 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.
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 asisti 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

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070395411	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	17/03/2025	\$ 299.600
PENSIÓN:	PROTECCION	17/03/2025	\$ 383.500
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 683.100

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 calculo 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

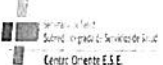
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

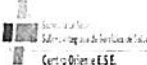
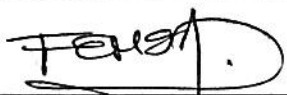
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO

C.C: 1.143.364.518

CEL: 3053780947

<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> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16 </div> </div>				
DATOS DEL CONTRATISTA				
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)				
NOMBRES Y APELLIDOS:	MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO		CC:	1.143.364.518
CORREO ELECTRÓNICO:	mblanco20@gmail.com		RUT (NIT):	1143364518-5
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8 A SUR 8 A 89		TELÉFONO:	3053780947
			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 1.2.4.1.6 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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				0887064962
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)				
N° DEL CONTRATO:	PS 5803 2024	N° CDP:	326	N° RP:
				10391
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/03/2025	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (03) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6.057.240			
SEIS MILLONES CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE				
<div>  </div>				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MIGUEL ANGEL BLANCO MARRUGO C.C: 1143364518 CEL: 3053780947				

		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			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	S	6.706.230,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S	26.175.930,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S	6.057.240,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	51001	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	4123
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070395411	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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION (2)	PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO	S 6.057.240	CDP DE LA ADICIÓN: 36 / RP DE LA ADICIÓN: 7627	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS	
VALOR ADICIONADO	S 13.412.460	CDP DE LA ADICIÓN: 326 / RP DE LA ADICIÓN: 10391	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN: / RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN: / RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN: / RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:		
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X		
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE				
IV. VERIFICACIÓN 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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
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 CODIGO 009 GRADO 05			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APII			

Simple

PAGOSIMPLE |

Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2025-03-17, 09:23:01 AM Tipo Planilla: I: Planilla independientes

Número Planilla: 1070395411

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

PAGADO 17/03/2025

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	\$ 380.800	\$ 2.700	\$ 383.500
N900156264	EPS037	NUOVA EPS S.A.	1	\$ 297.500	\$ 2.100	\$ 299.600
Total Pagado				\$ 678.300	\$ 4.800	\$ 683.100

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.



