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**	
Nº DE INFORME:	**4**	**Nº CRP:**	**7193**	**Nº 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

Nº 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:**	
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	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 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 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: (30/04/2025)

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 1.2.4.1.6 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:	**SCOTIABANK COLPATRIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**PO DE CUENT**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	4482018628

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 2907 2025**	**Nº CDP:**	**1**	**Nº. 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** **$14,389,248.00**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3,372,480**
	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS					

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** **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**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**4**	**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:	**9484579691**		**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:**	

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
2025-03	2025-03	1403189253	9484579691	I	2025/04/21	2025/04/11	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$487,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	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)																					$1,484,000	$237,500			$1,484,000	$185,500			$1,423,500	$28,500			$1,484,000		$36,200		$0	$0		$487,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,484,000	$237,500			$1,484,000	$185,500			$1,423,500	$28,500			$1,484,000		$36,200		$0	$0		$487,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,484,000	$237,500			$1,484,000	$185,500			$1,423,500	$28,500			$1,484,000		$36,200		$0	$0		$487,700
1	CC	1012417578 VARGAS MAICOL										X								230201	30	$1,484,000	$237,500	EPS005	30	$1,484,000	$185,500	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,484,000	2.436%	$36,200	30	$0	$0	No	$487,700
Total Afiliados(1)																					$1,484,000	$237,500			$1,484,000	$185,500			$1,423,500	$28,500			$1,484,000		$36,200		$0	$0		$487,700

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
2025-03	2025-03	1403189253	9484579691	I	2025/04/21	2025/04/11	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$487,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$0	$0	$237,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$237,500	$0	$0	$237,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,200	$0	$0	$36,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,200	$0	$0	$36,200
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	$185,500	$0	$0	$185,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$185,500	$0	$0	$185,500
TOTAL				1	$487,700	$0	$0	$487,700

2025/04/10 07:21 PM