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 VERSIÓN: 3

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUIS JOSE LOPEZ RODADO

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	72.003.185

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			FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5754 2024	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		TREINTA Y UN (31) DIAS	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.929.771				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 33.105.701		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 6.562.010
N° DE INFORME:	5	N° CRP:	50930	N° CDP:	4123
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	3	PRORROGAS	3	
VALOR ADICIONADO	$ 6.057.240	CDP DE LA ADICION:	36	CRP DE LA ADICIÓN:	7579	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 13.412.460	CDP DE LA ADICIÓN:	326	CRP DE LA ADICIÓN:	10343	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.706.230	CDP DE LA ADICION:	1036	CRP DE LA ADICIÓN:	12854	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
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		FECHA DE APROBACIÓN:	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

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
2	Garantice el adecuado diligenciamiento y entrega de la Historia Clinica del Programa de Atención Prehospitalaria (física y/o digital) según criterios y normatividad vigente, además de establecer
3	Garantice el Diligenciamiento oportuno, completo y adecuado de los registros propios de la Atención Prehospitalaria (Historia Clinica de valoración y/o traslado, formatos, consentimiento y
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 caso de requerirse 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
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 requieran para el cabal cumplimiento de las actividades.
13	Di 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 politicas 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 cuando sean requeridos.
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 asistir a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud
21	Di uso adecuado y racionalización de los insumos y/o medicamentos abastecidos en los vehiculos de emergencia; asi mismo, garantizar el adecuado registro en los formatos correspondientes.
22	Realice el diligenciamiento claro y oportuno de los certificados de defunciones generados durante la Atención Prehospitalaria, en medio físico y en un término no mayor a 24 horas en el aplicativo
23	Efectue el registro adecuado y oportuno de Kardex, elaboración de Página 3 de 275 inventario y pedido de insumos.
24	Realice el preoperacional del equipamiento biomédico y equipos de apoyo diagnóstico.
25	Adopte los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades.
26	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word " y "certificado de pago de
27	Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del CONVENIO 7120405 - 2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	79637037176	OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS	9/4/2025	$	335.400
PENSIÓN:	PROTECCION	9/4/2025	$	429.200
RIESGOS LABORALES:				
OTRO				
TOTAL PAGADO			$ 764.600	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.

VII. ANEXOS

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

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

LUIS JOSE LOPEZ RODADO
CC: 72003185
CEL: 3104310467

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS JOSE LOPEZ RODADO**	**CC:**	72003185
		RUT (NIT):	72003185
CORREO ELECTRÓNICO:	LOPEZRODADOLUIS@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3104310467
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 35BIS N° 27B 43 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ 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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24588717492**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5754 2024**	**N° CDP:**	**1036**	**N°. RP:**	**12854**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**9/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 33.105.701**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 6.562.010** **SEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL DIEZ PESOS M/CTE**					

LUIS JOSE LOPEZ RODADO
CC: 72003185
CEL: 3104310467

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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**LUIS JOSE LOPEZ RODADO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	72.003.185

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 5754 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**9/12/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO					**S 6.929.771**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**S 33.105.701,00**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.562.010**
N° PAGO / N° DE INFORME:	**5**	**N° CRP INICIAL:**	**50930**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**4123**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**CUATRO (4) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**7963703176**		**OPERADOR:**		**SOI**
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:	**ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO - DIRECTOR TECNICO (E) CODIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**3**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (3)**	**PRORROGA (3)**
VALOR ADICIONADO	**S 6.057.240**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**36**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**7579**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**VEINTITRES (23) DIAS**
VALOR ADICIONADO	**S 13.412.460**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**326**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**10343**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS (2) MESES**
VALOR ADICIONADO	**S 6.706.230**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1036**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**12854**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TREINTA (30) DIAS**
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**
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		

IV. VERIFICACION 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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01/04/2025)** AL **(30/04/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **ALEX ENRIQUE WARFF MERCADO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** Claudia P Milanés **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ** **PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72003185
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS JOSE LOPEZ RODADO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 35 BIS #27 B - 43 PISO 1	TELÉFONO:	4732955
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - INDEPENDIENTE
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			7963703176	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/04/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1398816480

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 429.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 429.200	$ 0	$ 429.200
SUBTOTALES:										$ 429.200	$ 0	$ 429.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 335.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 335.400	$ 0	$ 0	$ 335.400
SUBTOTALES:													$ 335.400	$ 0	$ 0	$ 335.400

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 72003185	LOPEZ RODADO LUIS JOSE	INDEPEND		$ 2.682.492				NO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230201-PROTECCION	30	$ 2.682.492	$ 429.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 429.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.682.492	$ 335.400	$ 0	$ 335.400

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
		$ 0		$ 0

PARAFISCALES

CCF DÍAS COT	CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 764.600

Planilla Pagada
SOI
ach
Planilla Pagada