

		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			EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.410.496		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA 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 2000 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 27.931.392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 40.719.984		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				S 7.200.000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL:	
				6569	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		5 MESES; 28 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86510914		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE			
		PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				ADICION 1 / PRORROGA 1	
VALOR ADICIONADO		S 12.788.592		ADICION 1 / PRORROGA 1	
				TIEMPO PRORROGADO: DOS MESES (2)	
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:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
				N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA 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	
Desarrolle las actividades contractuales en TRASLADOS SECUNDARIOS con 192 HORAS					
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 (01/05/2025 AL 31/05/2025) /					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div style="text-align: center;">  NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 </div>			

		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					
EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				79.410.496	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA TRASLADOS SEGUNDARIOS EN AMBULANCIA MEDICALIZADA 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 2000 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27.931.392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 40.719.984		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 7.200.000	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
				6569	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		5 MESES;28 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE PROFESIONAL UNIVERSITARIO ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 12.788.592		1	
				PRORROGAS	
		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
		1275		15049	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
				DOS MESES (2)	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº 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 actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
Desarrolle las actividades contractuales en TRASLADOS SECUNDARIOS con 192 HORAS					
1 Realice las actividades y procedimientos diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan de atencion de su profesion.					
2 Lleve registro de la atencion de los procedimientos, actividades e intervenciones, que surjan durante el traslado.					
3 Cumpli con las exigencias legales y eticas para el manejo adecuado de la historia clinica					
4 Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente					
5 Impartí instrucciones a la tripulacion de la ambulancia designada sobre los procedimientos a realizar al paciente durante el traslado					
6 Diligencie el consentimiento informado acorde con la atencion brindada.					
7 Informe al paciente y su familia sobre el traslado a realizar y sus posibles consecuencias al momento de realizar dicho traslado.					
8 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos, guias, manuales, protocolos relacionados con la atencion segura de pacientes y demas establecidos por la entidad, ademas de apoyar la implementacion de los mismos					
9 Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, de acuerdo a la naturaleza contractual					
10 Realice resúmenes de historia clinica u otros documentos asistenciales o administrativos segun se requiera					
11 Apoye en la respuesta a quejas o requerimientos oportunamente cuando corresponda					
12 Promovi las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad en los servicios asignados					
13 Cumpli con la aplicacion de protocolos distritales de respuesta a emergencias y cadena de custodia					
14 Realice seguimiento de inventario se realizara en el formato mi-ur-ft-033 ambulancia medicalizada, los 7 primeros dias de cada mes					
15 Apoye el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad segun requerimientos de la normatividad vigente.					
16 Cumpli con la programacion de agenda para el desarrollo de las actividades de los servicios, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para la provision del respectivo reemplazo					
17 Participe en las diferentes reuniones, comites, relacionados con asuntos tanto del area de medicina como de los diferentes procesos que asi lo requieran.					
18 Participe activamente en el programa de seguridad del paciente incentivando la cultura del reporte, realizando seguimiento a los eventos adversos, ideando planes de mejoramiento y logrando disminucion en los mismos.					
19 Mantuve al dia medicamentos de control y solicitar su cambio en fecha proxima a vencer o cuando sean utilizados por el paciente					
20 Verifique 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	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	Conoci y cumplir la política de seguridad del paciente, reportar evento adverso e incidentes datos que sirvan para formula acciones de mejoramiento o planes de mejoramiento
23	Utilice el telefono institucional para tramite dentro de la sissco, propender por el adecuado uso y tener cargado el equipo todo el tiempo
24	Cumpli con la respectiva afiliacion a la arl en relacion al riego 4 contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato
25	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
26	Realice seguimiento diario de medicamentos de control y reportar falencias
27	Utilice un vestuario acorde a sus actividades contractuales, ya sea, uniforme o un vestuario orientado a su actividad y desempeño
28	Realice la notificacion del inicio y culminacion de actividades a la persona encargada del proceso de referencia por los medios de comunicacion establecidos por la entidad
29	Recibi y entregue las novedades y el vehiculo asignado para cumplir las obligaciones contractuales de acuerdo a lo acordado con el supervisor y de conformidad al objeto misional de la entidad.
30	Las demas actividades afines al cargo que sean delegadas por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

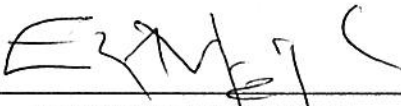
No. DE PLANILLA:	86510914	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/05/2025	\$ 500.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	\$ 640.000
RIESGOS LABORALES:	N/A		\$ 0
OTRO	N/A		\$ 0
TOTAL PAGADO			\$ 1.140.000

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional



EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS
C.C 79.410.496
CEL: 3153503477

		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: 31/05/2025 /					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS /			C.C	79.410.496 /
				RUT(NIT):	141113526501 /
CORREO ELECTRÓNICO:	eamunoz67@hotmail.com /			TELÉFONO:	3153503477 /
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 63 # 22A 41 /			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					
SI tomaré costos y deducciones				X	
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.					
Régimen 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	0
				NO	X
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 0550005300114930 /
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 2000 2025 /	Nº CDP:	1275 /	Nº. RP:	15049 /
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 5 MESES;28 DIAS /
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025 /	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025 /	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: S 40.719.984 /
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 /				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS /				
	S 7.200.000 /				
<div> EDGAR ARTURO MUÑOZ LUENGAS C.C 79.410.496 CEL: 3153503477</div>					

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIP ³	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	794-10496	EIXGAR ARTUÑO MUÑOZ		CRA 53 No 22 A-11 APTO 918	6013244411	earmunez97@icrtmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE I – Independiente	NOMBRE SUCCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		NO
				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PERIODES			
2025-04	2025-04	1	12/05/2025	86510914
				TOTAL A PAGAR
				\$1,140,000

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible]

TOTALES PENSIÓN

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES

[illegible]**TOTALES CAJAS**

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NI T	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días More	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº Afiliados
0	0	0	0	0
SEIA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	Nc. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora
Salud	1	500 000
Pensión	1	640 000
Riesgos Laborales	0	0
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	2	1.140.000

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	HOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	79410496	EFGAR ARTUERO MUÑOZ LUENGAS	CRA. 65 No 22 A-11 APT0 918	6013244411	eamu-vzbt7@tmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C	BOGOTÁ D. C.		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASIGNADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLACADOS	UPO
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0
2025-04	2025-04	I	12/05/2025	TOTAL A PAGAR	
				8651091.4	
				\$1.140.000	

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

