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

SANTIAGO APONTE MORENO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.006.007.619**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2026 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 38.088.360**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TRES MESES (3) Y VEINTIOCHO DIAS (28)**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 55.439.724**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 6.348.060**	
N° DE INFORME:	**5**	**N° CRP:**	**6591**	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**5 MESES;28 DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ** **MÉDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 17.351.364**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1275**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**15065**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**DOS MESES (2)**
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 (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**	**FECHA DE APROBACIÓN:**	**N/A**

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**
	Desarolle las actividades contractuales en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY con 180 HORAS
1	Realice las actividades, procedimientos diagnosticos y terapeuticos determinados dentro del plan de manejo de su especialidad, de una manera oportuna y pertinente.
2	Brinde una atencion en salud buscando los mejores estandares de oportunidad, integridad, suficiencia, continuidad y pertinencia, en un ambiente de atencion personalizada y humanizada
3	Preste sus servicios asistenciales respetando la autonomia institucional de la subred, su vision, mision, estructura organica reglamentos administrativos, tecnicos, cientificos y disciplinarios, acogiendo las directrices institucionales.
4	Realice las actividades segun las necesidades de la subred dando cobertura en todas las unidades en donde se oferta el servicio y sea requerido
5	Informe al paciente y su familia sobre la condicion clinica, plan de manejo, atencion y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfaccion sobre los servicios prestados y resolver inquietudes relacionadas con el proceso de atencion.
6	Lleve registro de las actividades, procedimientos e intervenciones, asi como mantener actualizados los informes estadisticos definidos por la institucion y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación
7	Respete los derechos del paciente, cumplir el codigo de etica medica y las disposiciones legales pertinentes propias de los servicios en donde se preste la atencion.
8	Realice el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participacion e impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados
9	Emiti conceptos medicos que se le requieran, realizar resumenes de historia clinica, epicrisis u otros documentos asistenciales o administrativos que sean solicitados.
10	Diligencie en forma completa, oportuna, sistematizada y legible (en los casos en que se presenten fallas del sistema, los formatos) de las historias clinicas, consentimiento informado, reportes de estudios y demas registros propios de su actuar, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, los procedimientos de auditoria y demas directrices relacionadas con el manejo de historias clinicas y respaldando todas las actuaciones realizadas al paciente con firma y sello
11	Garantice la debida reserva de la informacion del paciente y de los registros clinicos.
12	Garantice la integridad y adecuado funcionamiento de los equipos, elementos e instalaciones, asi como la utilizacion racional de los recursos que la subred aporte al desarrollo de las actividades contratadas y responder por su reposicion o reparacion cuando los daños se ocasionen por negligencia o inadecuada manipulacion de los mismos

13	Reporte al area de recursos fisicos – activos fijos de la subred, los equipos de propiedad del contratista, que se destine a las actividades asistenciales.
14	Participe activamente en el desarrollo, implementacion y cumplimiento de las politicas institucionales, sistema integrado de gestion, acreditacion, seguridad del paciente y demas actividades enmarcadas dentro del sistema obligatorio de garantia de la calidad
15	Participe en las diferentes actividades del servicio, jornadas de capacitacion, induccion, reuniones, comites y eventos a los cuales sea convocado.
16	Participe en la elaboracion, actualizacion, implementacion y adherencia de guias, manuales, procedimientos y protocolos que apliquen al servicio
17	Apoye a la entidad en las actividades que demande segun requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.
18	Participe en la elaboracion de respuestas a reclamaciones y requerimientos que se presenten en desarrollo de la atencion que se obliga a prestar a los usuarios o pacientes que demanden el servicio.
19	Preste el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando asi que se genere glosa definitiva o procesos de conciliacion por parte de eps-s-eapb
20	Notifique los sucesos de seguridad que se presenten durante el proceso de atencion.
21	Realice consulta, valoracion, revaloracion y clasificacion triage del paciente en el servicio de urgencias. Y participar en los analisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio
22	Reporte los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
23	desarrolle actividades de docencia de servicio en la revista medica u otro espacio dirigidas a los estudiantes y/o personal del servicio, para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud, si aplica.
24	Instrui a la comunidad sobre la prevencion de las enfermedades propias de su especialidad.
25	Informe al supervisor del contrato cualquier novedad que afecte el cumplimiento de sus obligaciones.
26	Facilite las labores de supervision que la subred, realice en forma directa por la subdireccion de servicios de salud, la oficina de calidad y/o a traves de terceros
27	Cumpli oportunamente las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demas solicitudes de la supervision y de la oficina de garantia de calidad.
28	Acredite el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor
29	Apoye en la parte tecnica las actividades de supervision de los contratos cuando estas sean asignadas
30	Cumpli con las actividades establecidas en el respectivo contrato, cumpliendo con las directrices establecidas por la institucion; en los casos de novedades informar con anticipacion para el cubrimiento de sus actividades.
31	Las demas asignadas por la supervision del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
32	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios tecnico-cientificos que se programen desde la entidad.
33	Envie el porcentaje de ocupacion diariamente en cada entrega de actividades
34	Gestione la liberacion de camillas en los servicios de urgencias tanto de aph como de traslados secundarios

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9485936638	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	12/05/2025	$ 403.500
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025	$ 516.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/05/2025	$ 78.700
OTRO	N/A		$ 0
	TOTAL PAGADO		$ 998.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 afiliacion 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 período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

SANTIAGO APONTE MORENO

C.C 1.006.007.619

CEL: 3214803143

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: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANTIAGO APONTE MORENO	C.C	1.006.007.619
		RUT(NIT):	141130742401
CORREO ELECTRÓNICO:	saponte19@uan.edu.co	TELÉFONO:	3214803143
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR # 8 35	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.

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.

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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	20341674469
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA				

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 2026 2025	N° CDP:	1275	N°. RP:	15065	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: $ 55.439.724
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SESENTA PESOS					
	$ 6.348.060					

SANTIAGO APONTE MORENO
C.C 1.006.007.619
CEL: 3214803143

Secretaría de Salud
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

VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANTIAGO APONTE MORENO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.006.007.619				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 2026 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 38.088.360				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 55.439.724		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 6.348.060	
N° PAGO / N° DE INFORME:	5	N° CRP INICIAL:	6591	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	5 MESES;28 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485936638	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ MÉDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION 1	PRORROGA 1
VALOR ADICIONADO	$ 17.351.364	CDP DE LA ADICIÓN:	1275	RP DE LA ADICIÓN:	15065	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)

N° 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	

Desarolle las actividades contractuales en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY con 180 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:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
CARLOS ALBERTO MARIN PEREZ
MÉDICO ESPECIALISTA CODIGO 213 GRADO 32

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1006007619		APONTE MORENO SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 SUR # 8 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214803143	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1476015628	9485936638	I	2025/05/07	2025/05/12	BANCOLOMBIA	5	$998,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$514,700	$1,700	$0	$516,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$514,700	$1,700	$0	$516,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$78,400	$300	$0	$78,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$78,400	$300	$0	$78,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$402,100	$1,400	$0	$403,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$402,100	$1,400	$0	$403,500
TOTAL				**1**	**$995,200**	**$3,400**	**$0**	**$998,600**

LES DEL APORTANTE

	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		APONTE MORENO SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 SUR # B 35	BOGOTA-BOGOTA D.C.	3214803143	No

LES DE LA LIQUIDACION

	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-04	1476015628	9485936638	I	2025/05/07	2025/05/12	BANCOLOMBIA	5	$998,600

DETALLADA DE APORTES

PLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
ación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
PAL (1 Afiliados)				**$3,216,351**	**$514,700**			**$3,216,351**	**$402,100**			**$0**	**$0**			**$3,216,351**	**$78,400**		**$0**	**$0**	
o: PRINCIPAL (1 Afiliados)				**$3,216,351**	$514,700			**$3,216,351**	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0	
epto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				$3,216,351	$514,700			**$3,216,351**	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0	
7619	APONTE SANTIAGO	230301	30	$3,216,351	$514,700	EPS002	30	$3,216,351	$402,100		0	$0	$0	14-23	30	$3,216,351	$78,400	0	$0	$0	
filiados(1)				$3,216,351	$514,700			**$3,216,351**	$402,100			$0	$0			$3,216,351	$78,400		$0	$0	