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

JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				**19.119.952**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 3155 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	3036	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	SIETE (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	SIETE (7)	**PRORROGAS**	SIETE (7)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22648	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26004	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29670	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33813	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38017	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41104	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43108	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. PÓLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

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	Recepcioné los soportes fisicos de los laboratorios a cargar en el sistema de información DGH
2	Verifiqué las ordenes recepcionadas contra lo registrado en el sistema de información DGH
3	Verifiqué el estado de afiliación de los ordenes a registrar
4	Verifiqué la frecuencia de uso de los pacientes a registrar
5	realice la actualizacion de datos de pacientes de los ingresos a registrar
6	Generé las ordenes de servicios de los paquetes fisicos recibidos por parte del laboratorio clinico
7	Solicité y patiné con el área de archivo los soportes solicitados por los técnicos del área
8	Se informó a las respectivas áreas de la actividad realizada en el sistema de información DGH
9	se realizo la correccion de las novedades reportadas durante el periodo
10	Asisté a una capacitación programada

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**4564742752**	**OPERADOR:**	**SOI**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**9/09/2024**	$ 162.500
PENSIÓN:	**PENSIONADO**		
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/09/2024**	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 194.200**

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

JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
C.C 19.119.952
cel: 3164207115

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 GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN	**CC:**	**19119952**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	julisjuanito@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3164207115**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 15 #3-62 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA D C

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomare costos y deducciones	(X)
SI tomare costos y deducciones	( )

La presente certificacion se expide para efectos de la retencion en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicacion de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales

Regimen Simple De Tributación RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaren por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO DE BOGOTÁ**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**102645280**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 3155 2024**	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	**43108**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31 DE OCTUBRE 2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 16.166.880
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/10/2024	AL	31/10/2024		

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA / CTE

JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
C.C 19 119 952
cel: 3164207115

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	**JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**19.119.952**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3155 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01 DE FEBRERO DE 2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$			3.592.640	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.796.320	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP INICIAL:**	17036	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**4564742752**		**OPERADOR:**	**SOI**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	SIETE (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				SIETE (7)	SIETE (7)
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22648	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26004	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29670	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33813	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38017	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41104	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43108	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	0	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	0	**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 APROBACIÓN:**			

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 **(01/10/2024) AL (31/10/2024)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	19119952
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL			JULIO ENRIQUE TRUJILLO DURAN
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN	CLL 13 SUR # [illegible]	TELEFONO	[illegible]
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA.	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA			**4564742752**	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre ANO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	septiembre ANO	2024
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2024/09/09	NUMERO AUTORIZACIÓN			[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 31.700
SUBTOTALES:									**$ 31.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 31.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRF
1	CC 19119952	TRUJILLO DURAN JULIO ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	[illegible]	$ 1.300.000				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN									
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD						ARP				
ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS017 FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	19119952	$ 31.700

PARAFISCALES							
DIAS COT	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 **$ 194.200**