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

CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.023.887.302**				
OBJETO DEL CONTRATO:	AD PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3260 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.344.052**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	(2) DOS MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 24.048.234**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.672.026**
N° DE INFORME:	(9) NUEVE	**N° CRP:**	43162	**N° CDP:**	3385
PLAZO DEL CONTARTO INCLUYENDO PRORROGAS	(9) NUEVE MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(7) SIETE	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	(7) SIETE	**PRORROGAS**	(7) SIETE	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22723	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26074	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29737	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33876	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38077	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41162	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43162	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
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**		
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
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Descarga de los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, runt y dinámica gerencial), las cuales ya cuentan con el aval de revisión.
2	Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial)
3	Reporte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas o soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar.
4	Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar.
5	Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos.
6	Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades.
7	Creación de registro de la relación de envió en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB.
8	Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH.
9	Confirmación de la relación de envío en el sistema DGH.
10	Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envió a rips de las mismas.
11	Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envío en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera.
12	Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envío las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH.
13	Subsanación de las inconsistencias enviadas ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas.
14	Entrega de la relación de envío con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH.
15	Se realizan las demas actividades inherentes al objeto contractual

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80280138**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**8/10/2024**	**$ 163.200**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**8/10/2024**	**$ 208.900**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**8/10/2024**	**$ 31.900**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 404.000**

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 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 período correspondiente

Anexos

Carlos David Patiño S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:1023887302
CEL:3134690390

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: (31/10/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL	**CC:**	**1023887302**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEIVI024@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3134690390**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 31b # 31b - 04 sur	**CIUDAD:**	BOGOTA

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 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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008480377707**
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 3260 2024**	**N° CDP:**	**3385**	**N°. RP:**	**43162**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 09 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 24048234**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISIENTOS SETENTA Y DOS MIL CERO VEINTISEIS PESOS MDA/CTE					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1023887302
cel: 3134690390

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			CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.887.302		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	AD PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3260 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
N° PAGO / N° DE INFORME:	NUEVE (9)	N° CRP INICIAL:	43162	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3385
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80280138		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22723	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1327	RP DE LA ADICIÓN:	26074	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29737	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33876	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38077	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41162	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43162	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023887302	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL	CRA 7 F # 31 -04 SUR	2079046	DEIVI024@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80280138	$404.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información