SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2
FECHA: 2024-09-16

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

DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.000.834.654**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3264 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ **5.344.052**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ **24.048.234**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ **2.672.026**	
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17131	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ESE HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAVO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	SIETE (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	SIETE (7)	**PRORROGAS**	**SIETE (7)**	
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22727	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26078	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29741	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33880	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	2661	**CRP DE LA ADICION:**	38081	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICION:**	3107	**CRP DE LA ADICION:**	41166	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43166	**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 ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	
Nº DE PÓLIZA:	123		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		AXA
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	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 revision
2	2.Verificacion de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinamica gerencial)
3	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	4. Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar.
5	5. Unificación o tipificación de los archivos magnéticos segun las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos
6	6. Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades
7	7. Creación de registro de la relacion de envió en el sistema dinamica gerencial segun la contratación vigente o solicitud de las EAPB.
8	8. Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envió en DGH.
9	9. Confirmación de la relación de envio en el sistema DGH.
10	10. Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envios en DGH y envió a rips de las mismas.
11	11. Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el numero de la relacion de envio en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera.
12	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	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	14. Entrega de la relación de envio con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH.
15	15 Se realizan las demas actividades inherentes al objeto contractual

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80586269**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**Compensar EPS**	**10/10/2024**	$ **162.500**
PENSIÓN:	**Porvenir**	**10/10/2024**	$ **208.000**
RIESGOS LABORALES:	**Positiva Seguros**	**10/10/2024**	$ **31.700**
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ **402.200**

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 ocasion 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 periodo correspondiente

DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES
1000834654
CEL:3103131953

Secretaría Distrital 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:	DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES	**CC:**	1000834654
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	darwinrodriguez2507@gmail.com	**TELÉFONO:**	3103131953
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 85 # 42a - 40 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 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 paragrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 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 : RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24104402643**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3264 2024	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	43166	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9)MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/10/2024			**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 24.048.234**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE					

DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES
1.000.834.654
cel: 3103131953

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			**DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.000.834.654**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	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 3264 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.344.052,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.048.234,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.672.026,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(9-9)	**N° CRP INICIAL:**	17131	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**80586269**		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - ARMADO Y RADICACION**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC 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:**	22727	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26078	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29741	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33880	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38081	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41166	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43166	**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 articulo 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	

Adjunto

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	CORRED	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000834654	DARWIN DANIEL RODRIGUEZ TORRES	CRA 85 N 42 A 40 SUR	3103131953	DARWINRODRIGUEZ7507@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTA D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	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	10/10/2024	80586269	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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 23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

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

TDTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500
Pension	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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