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					
CAMILO ANDRES SALAS MARIN					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.013.589.372				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO EN AUDITORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2970 2024	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.779.500	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.975.500		
Nº DE INFORME:	9	Nº CRP:	16870	Nº CDP:	147
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ	DIRECTOR MEDICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	147	CRP DE LA ADICIÓN:	16870	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	985	CRP DE LA ADICIÓN:	23062	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1392	CRP DE LA ADICIÓN:	25747	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1764	CRP DE LA ADICIÓN:	30146	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2208	CRP DE LA ADICIÓN:	33738	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2586	CRP DE LA ADICIÓN:	36059	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3126	CRP DE LA ADICIÓN:	41242	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3345	CRP DE LA ADICIÓN:	43320	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	#N/D	CDP DE LA ADICIÓN:	#N/D	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#N/D	CDP DE LA ADICIÓN:	#N/D	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	#N/D	CDP DE LA ADICIÓN:	#N/D	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	x
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades.
2	Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma
3	Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato
4	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato
5	No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho
6	Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato
7	Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica)
8	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social
9	Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad. 1
10	Entregar al Supervisor, una vez finalice el contrato los archivos físicos y magnéticos que se hubieren generado durante su ejecución
11	El Contratista será responsable ante las autoridades competentes por las acciones u omisiones en el ejercicio de las actividades que desarrollen en virtud del presente contrato, cuando con ellos causen
12	Realizar el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales, de conformidad con la Ley 1955 de 2019 Plan de Desarrollo 2018 – 2022, en su artículo 336 derogó éstos preceptos y en su lugar entró a regir el artículo 244 de la misma norma, ratificando lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, y demás normas que lo reglamenten, complementen o sustituyan. El incumplimiento de esta obligación o la falsedad en la misma será causal de incumplimiento y terminación del contrato, para lo cual se dará trámite al proceso pertinente de conformidad con el Manual de contratación y acciones legales a que haya lugar
13	Ejecutar oportunamente sus obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formule la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la Gerencia
14	Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas

15	Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones dadas por vía normativa del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo SG-SST y propender por el cuidado personal durante la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 723 de 2013, utilizando en debida forma los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada; e informar a LA SUBRED la ocurrencia de algún siniestro (accidente) durante la ejecución de las actividades del objeto contractual. 16) Participar en las actividades de prevención y promoción organizadas por LA SUBRED y Comités cuando sea requerido
16	Apoyar con la supervisión y seguimiento de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar.
17	Coadyuvar con la supervisión de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar
18	Coadyuvar con la supervisión de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80755007**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**9/10/2024**	**$**	**248.800**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/10/2024**	**$**	**318.400**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**9/10/2024**	**$**	**48.500**
OTRO	**CAJA DE COMPENSACION COMPENSAR**	**9/10/2024**	**$**	**39.800**
	TOTAL PAGADO			**$ 655.500**

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)

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

CAMILO ANDRES SALAS MARIN
CC:1013589372
CEL:3002178699

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: (15/10/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILO ANDRES SALAS MARIN	**CC:**	1013589372
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	kmiloandrewmarin87@outlook.com	**TELÉFONO:**	3002178699
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 48 N° 3-51	**CIUDAD:**	BOGOTA DC.

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

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

Reginen 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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488414915212**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 2970 2024**	**N° CDP:**	**3345**	**N°. RP:**	**43320**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**
						NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2024**	**FECHA TERMINACIÓN DE CONTRATO**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**
						$ 44.779.500
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)	**$ 4.975.500**					
	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS MONEDA CORRIENTE.					

CAMILO ANDRES SALAS MARIN
C.C 1013589372
cel: 3002178699

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	CAMILO ANDRES SALAS MARIN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.013.589.372

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA ESPECIALIZADO EN AUDITORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2970 2024		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.951.000,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 44.779.500,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4.975.500,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	9	N° CRP INICIAL:	16870	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	147
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80755007		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADI 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ 9.951.000	CDP DE LA ADICIÓN:	147	RP DE LA ADICIÓN:	16870	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	985	RP DE LA ADICIÓN:	23062	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1392	RP DE LA ADICIÓN:	25747	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	1764	RP DE LA ADICIÓN:	30146	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2208	RP DE LA ADICIÓN:	33738	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2586	RP DE LA ADICIÓN:	36059	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3126	RP DE LA ADICIÓN:	41242	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	CDP DE LA ADICIÓN:	3345	RP DE LA ADICIÓN:	43320	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX	

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 (1/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **CARGO:** **DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ** **PERFIL:** **DIRECTORA DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**

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	1013589372	CAMILO ANDRES SALAS MARIN	CALLE 48 N 3 - 51 APTO 101	65489854	kmiloandrewmarin87@outlook.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80755007	TOTAL A PAGAR	
					$655.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	248.800	0		0		0	0	0	0	248.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	318.400	0	0		0	0	0		318.400	

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	8909039015	48.500				48.500	0	0	48.500			485	48.500	

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	39.800	0	0	39.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	248.800	248.800
Pensión	1	318.400	318.400
Riesgos Laborales	1	48.500	48.500
CCF	1	39.800	39.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	655.500	655.500

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