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 CONTRATACION 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

HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.876.180**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3291 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.838.040	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 26.271.181		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.919.020
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17157	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ESE HOSPITAL [illegible]				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**SIETE (7)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**SIETE (7)**	**PRORROGAS**	**SIETE (7)**	
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22752	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26104	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICION:**	29764	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33901	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38101	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.021	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41186	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3585	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43185	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Descargue los reportes necesarios para el seguimiento a la parametrización en el sistema de información DGH
2	Realice las modificaciones en las tarifas según la contratación con la ERP y lo reportado por las personas encargadas
3	Desde mi proceso de parametrización reporté las novedades y realice las modificaciones solicitadas por las personas encargadas del proceso de devoluciones
4	Realicé la creación y parametrización de cada plantilla de los planes de beneficios reportados por el área de contratación
5	Socialicé a los profesionales de otras áreas las novedades encontratadas durante el proceso de seguimiento a parametrización y seguimiento a la matriz de contratación
6	Apoyé los difrentes procesos dentro del área de facturación (refacturación, auditoria, seguimientos)
7	generé la refacturacion de lo solicitado por el área de cuentas médicas
8	Reporte al área de sistemas las novedades presentadas por diferentes colaboradores de facturacion
9	Asistí a dos reuniones y las capacitaciones del área de auditoria y sistemas
10	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1066658036**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	9/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/10/2024	$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	9/10/2024	$ 26.000
	TOTAL PAGADO		**$ 428.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realice 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 certific[illegible] de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo soop 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Helbert Bustos

HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ

C.C 79.876.180

cel: 3118694878

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 CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ	CC:	79876180
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	helbertbustos@gmail.com	TELÉFONO:	3118694878
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANSV 76D #51D-37	CIUDAD:	BOGOTA D.C

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaracion 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 unico 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 optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102641768
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	FS 3291 2024	Nº CDP:	3395	Nº. RP:	43185	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:	$ 26.271.181
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/10/2024	AL	31/10/2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						2.919.020
	DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS MDA/CTE						

Helbert Bustos
HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ
C.C 79.876.180
cel: 3118694878

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-F-0078
VERSION: 2

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.876.180**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3291 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				5.838.040
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	26.271.181	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2.919.020
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP INICIAL:**	17157	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1066658036**		**OPERADOR:**		**SIMPLE**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - COORDINACION**				
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	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22752	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26101	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	[illegible]	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33901	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38101	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919021	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41186	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	2919020	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43185	**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 autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion del informe de ejecucion de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SI CO P?	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 [illegible] REFERENTE FACTURACION

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-09 09:36:31 AM **Tipo Planilla:** E PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066658036

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810174442

PAGADO 09/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

:ón Social	HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ		
cumento	CC79876180	**Dirección**	TV 76D #81 J - 37
ipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4976326
ipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
udad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
presentante Legal		**Identificación**	
otal Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud				Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
de Identificación	**Apellidos y Nombres**	**Tipo Cotizante**	**Subtipo Cotizante**	**ING**	**RET**	**RET P**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**VSP**	**VAS**	**COR**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC - LR**	**AVP**	**VCT**	**IRP**	**Días A.F.P.**	**Días EPS**	**Días A.R.P.**	**Días C.C.F.**	**Administradora**	**IBC Pensión**	**Aporte Pensión**	**Administradora**	**IBC Salud**	**Aporte Salud**	**Tarifa**	**IBC Riesgos**	**Aporte Riesgos**	**Administradora**	**IBC Caja**	**Aporte Caja**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**ESAP**	**Aporte Ministerio**	**Total**
[illegible]	HELBERT DIDACIO BUSTOS HERNANDEZ	56	00																		30	30	30	30	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ [illegible]	$ [illegible]	2.436%	$ [illegible]	$ [illegible]	[illegible]	$ 1.300.000	$ 428.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES OE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 276.000	$ 102.500	$ 31.700	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200	$ 0	$ 428.200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogota 601 4446634 - Cali 602 5540577 - Medellin 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.