Centro Oriente E.S.E

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

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

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1031151109**
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 3197 2024**			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.783.568			**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 1.975.952
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17070	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SUBRED CENTRO ORIENTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(7)	**TIPO DE MODIFICACION**	**ADICIONES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	957	**CRP DE LA ADICION:**	22676	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	1372	**CRP DE LA ADICION:**	26031	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	1722	**CRP DE LA ADICION:**	29696	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	2229	**CRP DE LA ADICION:**	33837	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	2661	**CRP DE LA ADICION:**	38040	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	3107	**CRP DE LA ADICION:**	41126	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICION:**	3385	**CRP DE LA ADICION:**	43130	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICION:**		**CRP DE LA ADICION:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE POLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA		**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	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGUN SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG
3	REPORTE LOS CASO A TARAIVIO SOCIAL CUANDO TENGAN DIFICULTADES EN LA SEGURIDAD SOCIAL
4	REGISTRE Y CONFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH
5	SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO.
6	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES
7	SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO
8	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA, SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.
9	GENERE FACTURAS
10	GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGUN SU CONCEPTO
11	LEGALICE PAGARES EN DGH SEGUN NORMATIVIDAD VIGENTE
12	ENTREGUE A DIARIO FACTURAS
13	REALICE CORRECIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGUN LAS INDICACIONES
14	APLIQUE PLAN DE CONTIGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH
15	SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS
16	REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9473848357	**OPERADOR:**	APORTE EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	10/10/2024	$ 163.400
PENSION:	PORVENIR	10/10/2024	$ 209.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/10/2024	$ 31.900
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 404.400

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 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Gustavo Aranda

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
CC:1031151109
CEL:3167680499

Red 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:	**GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO**	**CC:**	**1031151109**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	tavo.daw.94@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3167680499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 6a # 14- 44 sur Mosquera	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C

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

NO tomaré 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 : RESOLUCION 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:	**AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**461772647**
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 3197 2024	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	43130	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TATAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : $ 17783568**
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)	$ 1.975.952 **UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS MDA/CTE**					

Gustavo Aranda

G

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
C.C 1031151109
cel: 3167680499

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	**GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1031151109**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 3197 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 17.783.568	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	1.975.952

N° PAGO / N° DE INFORME:	NUEVE (9)	**N° CRP INICIAL:**	17070	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9473848357**	**OPERADOR:**	**APORTE EN LINEA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - URGENCIAS**		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES**		
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	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22676	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26031	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29696	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33837	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38040	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41126	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43130	**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?	✓	
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?	✓	
3	¿Que el contratista presento satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	✓	
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?	✓	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	✓	

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**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031151109		ARANDA WALTERO GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle2a#72-36 interior 4 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7526754	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	972150596	9473848357	1	2024/10/03	2024/10/10	BANCO AV VILLAS	/	$404,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$0**	**$0**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1031151109	ARANDA GUSTAVO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14 11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031151109		ARANDA WALTERO GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle2a#72-36 interior 4 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7526754	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	972150596	9473848357	I	2024/10/03	2024/10/10	BANCO AV VILLAS	7	$404,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,100	$0	$209,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$900	$0	$163,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$900	$0	$163,400
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$2,200**	**$0**	**$404,400**