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

LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**80749709**
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 PRDFESIONALES No.	**PS 3215 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 HONDRARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		1.975.952
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17087	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NDMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	7	**PRORROGAS**	7	
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22691	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26044	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29708	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33849	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38052	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41137	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA AOICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP OE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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. ACTIVIOADES 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	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG
3	REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICUALTDES EN LA SEGURIDAD SOCIAL
4	REGISTRE Y COMFIRME 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 SEGÚN SU CONCEPTO
11	LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE
12	ENTREGUE A DIARIO FACTURAS
13	REALICE CORRECIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGÚN LA 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 IMEDIATO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIOAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	838097 5040	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	11/10/2024	**$** 163.500
PENSION:	**PROTECCION**	11/10/2024	**$** 209.200
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	11/10/2024	**$** 31.900
OTRO	**COMPENSAR**	11/10/2024	**$** 26.200
	TOTAL PAGADO		**$ 430.800**

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

LERMAN GONZALEZ H

LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA
CC:80749709
CEL:3138458884

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:	LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA	**CC:**	80749709
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	lermangonher@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3138458884**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 77 I 65 I 04 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA D C

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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 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 Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488446907732**
~~**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 3215 2024	**N° CDP:**	3385	**N°. RP:**	43140	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/10/2024		**VALOR TOTAL 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 CICUENTA Y DOS MIL PESOS MDA/CTE					

LERMAN GONZALEZ H

LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA
C.C 80749709
cel: 3138458884

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	**LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**80.749.709**

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 3215 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:** 17087	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** 136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**8380975040**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - URGENCIAS**		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN**		
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:**	22691	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26044	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29708	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33849	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38052	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41137	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43140	**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**

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LERMAN GRISMALDO GONZALEZ HERRERA	**NIT:**	80749709
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2024
Número de Radicación:	8380975040	**Total a pagar:**	$430,800
Fecha de vencimiento:	03/10/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	11/10/2024	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1052	**Número Autorización:**	80975040
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$31,900
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$209,200
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$26,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$163,500
						$430,800

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 8380975040, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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