

17	Se aplicaron las políticas de calidad de la institución en el desarrollo de las actividades.
18	Garantizar la participación de las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.
19	Se garantizó el adecuado uso de los elementos de protección personal y bioseguridad.
20	Cumplimiento del trámite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente E.S.E los formatos de "informe y cuenta de cobro", "cuenta de cobro Word y "certificado de pago de aportes sociales", para el pago de sus respectivos honorarios.
21	Se realizaron las actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 6677277-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

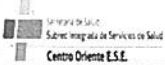
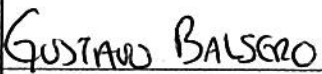
No. DE PLANILLA:	7942258245	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	18/10/2024	\$ 163.600
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	18/10/2024	\$ 209.400
RIESGOS LABORALES:			
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 373.000

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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

GUSTAVO BALSEDO
GUSTAVO ALFONSO BALSERO DIAZ
CC:1073721741
CEL:3209075605

 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		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	GUSTAVO ALFONSO BALSERO DIAZ	CC:	1073721741
CORREO ELECTRÓNICO:	gustavobalsero4@gmail.es	RUT (NIT):	1073721741-1
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 23 # 6 a 04 Este	TELÉFONO:	3209075605
		CIUDAD:	BOGOTA
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			
Regimen 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:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA		N° CUENTA:	055950336
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 4638 2024	N° CDP:	3461
		N° RP:	43370
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024
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)	\$ 2.595.360 DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE		
 GUSTAVO ALFONSO BALSERO DIAZ CC: 1073721741 CEL: 3209075605			

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E										CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN										VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN											
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y											
NOMBRE DEL CONTRATISTA						GUSTAVO ALFONSO BALSERO DIAZ					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD						1.073.721.741					
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 6677277-2024 "APH".									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				PS 4638 2024		FECHA INICIO CONTRATO		27/08/2024			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO				\$				2.413.685,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		4.239.088,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		2.595.360,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL:		40457		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		3007	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (02) MESES Y CUATRO (04) DIAS									
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:				7942258245		OPERADOR:		SOI ✓			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:				DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 6677277-2024 "APH"							
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				3BL HOSPITAL SAN BLAS							
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05							
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES											
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):				ADICIÓN (1)		PRORROGA (1) ✓	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.825.403		CDP DE LA ADICIÓN:		3461		RP DE LA ADICIÓN:		43370	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:				TIEMPO PRORROGADO:		TREINTA Y UN (31) DIAS	
								TIEMPO PRORROGADO:			
III. POLIZAS (SI APLICA)											
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO		X			
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:							
FECHA DE LA PÓLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE							
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 <u>cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO"</u> 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:											
				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05							
											
				NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARITZA CARDENAS PALOMINO PERFIL: ENFERMERA							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1073721741
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	GUSTAVO BALSERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 99 NO 16 H 56	TELÉFONO: 2000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7942258245	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	9	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 990759148

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 209.400
SUBTOTAL:			1	\$ 209.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 163.600
SUBTOTAL:			1	\$ 163.600

VALOR SIN MORA:	\$ 370.500
VALOR MORA:	\$ 2.500
TOTAL PAGADO:	\$ 373.000



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
TIPO IDENTIFICACIÓN NOMBRE O RAZÓN SOCIAL CIUDAD/MUNICIPIO TIPO APORTANTE FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE DOMICILIADO PAGO APORTES SALUD, SEHA E MSP (REFORMA TRIBUTARIA)	CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN CLASE APORTANTE PRIVADA UNICO	NÚMERO PLANILLA PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN OTROS DÍAS DE MORA FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	794225245 2024 2024/01/18 NÚMERO AUTORIZACIÓN
MIS 1972/21/41 GUSTAVO BALSERO BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN CLASE APORTANTE PRIVADA UNICO		MIS 794225245 2024 2024/01/18 NÚMERO AUTORIZACIÓN	

TOTAL APORTES A PENSION													
ADMINISTRADORA		NA. COTIZANTES		COTIZACIÓN		EMPLEADOR		COTIZANTE		FSP		MORA	
CÓDIGO	NOMBRE												
33201	238001- PROTECCIÓN		1	\$ 250.000				\$ 0				\$ 0	

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NA. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN
EP5008	EP5008-COMPENSAR			1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:											

TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD	
CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	ADMINISTRADORA	NOMBRE	NA. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN	VALOR AUTORIZACIÓN
EP5008	EP5008-COMPENSAR			1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
SUBTOTAL:											

TOTAL \$ 373.000