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

JAIRO FIGUEROA MEDINA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.353.836**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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.		**1S 3269 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.344.052**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 29.392.286**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 2.672.026**
N° DE INFORME:	10 DE 10	**N° CRP:**	17148	**N° CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	8	**PRORROGAS**	8	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	987	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22731	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26082	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29745	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33883	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38084	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3197	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3788	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 5.344.052**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4612	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45412	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		DD/MM/AAAA

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	Durante el mes de Noviembre 2024, se revisaron y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los procedimientos de insumos y medicamentos
2	Durante el mes de Noviembre 2024, se revisaron 325 facturas de las diferenetes entidades, 270 facturas radicadas en plataformas y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los tarifas
3	Se realizo la consolidacion de causales de devolucion del mes de Noviembre 2024, para dar respuesta en el sistema DGH
4	Se solicitaron Rips 20 correos de diferentes entidades para dar continuidad con la respuesta de las devoluciones realizadas por las diferentes eps
5	Durante el mes de Noviembre 2024, se da respuestas a 382 facturas a las devoluciones por medio de las plataformas digitales y correos de cada entidad
6	Se socializa por medio de correo electronico a la coordinacion del area las diferentes causales para no poder contestar y radicar las devoluciones en los tiempos establecidos
7	Se radican en los diferentes aplicativos las respuestas de devoluciones de las diferentes entidades
8	Se dio respuesta a las devoluciones en el sistema DGH en los tiempos establecidos según normatividad vigente
9	Durante la primera semana de Noviembre2024, se realizo plan de contigencia para dar respuesta a las devoluciones de todas las diferentes por la radicacion del proceso de devoluciones
10	Se asistio a las capacitaciones programadas por las diferentes entidades y por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9476272645**		**CLASE:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**		**13/11/2024**	**$**	**162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**		**13/11/2024**	**$**	**208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**		**13/11/2024**	**$**	**31.700**
OTRO	**COMPENSAR**		**13/11/2024**	**$**	**26.000**
	TOTAL PAGADO				**$ 428.200**

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 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 objete de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como uno de los objetos del contrato)

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

JAIRO FIGUEROA MEDINA
CC: 79353836
CEL:3132367081

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 CONTRATACION
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: 30/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIRO FIGUEROA MEDINA**	**CC:**	**79353836**
		RUT (NIT):	**79353836**
CORREO ELECTRÓNICO:	jaifigue20[illegible]	**TELÉFONO:**	**3132367081**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 6 ESTE NUMERO 13-50 SUR	**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 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 : 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**	**Nº CUENTA:**	**0570008480295289**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 3269 2024**	**Nº CDP:**	**3612**	**Nº. RP:**	**45412**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29392286**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/12/2024 AL 30/12/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTAY DOS MIL VENTISEIS PESOS MDA/CTE					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
JAIRO FIGUEROA MEDINA
C.C 79353836
cel: 3132367081

Secretaría Distrital 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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA				JAIRO FIGUEROA MEDINA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				79.353.836		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3269 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$				5.344.052
VALOR TOTAL DEL	$ 29.392.286,00			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO	$	2.672.026,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	(10 de 10)		N° CRP INICIAL:	17136	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (11) MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9476272645		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - ARMADO Y RADICACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 7	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			8	8
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22731	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26082	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29745	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33883	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38084	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41169	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43169	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3612	RP DE LA ADICIÓN:	45412	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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		

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 **01/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **MARLENY RAMOS GUERRA** **PERFIL:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

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 79353836		FIGUEROA MEDINA JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132367081	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	16355766	9476272645	I	2024/11/13	2024/11/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$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			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	79353836	FIGUEROA JAIRO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF14	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/11/13 01:23 PM