

<div>  <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</p> <p>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> </div>				<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</p> <p>VERSION: 2</p> <p>FECHA: 2024-09-16</p>		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				80 812 736		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 2990 - 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.344.052	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	29.392.286	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	2.672.026	
Nº DE INFORME:	10 (NUEVE)		Nº CRP:	16888	Nº CDP: 142	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	11 (ONCE) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			GUILLERMO RUBIO GUIZA Director servicios ambulatorios (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	8	PRORROGAS	8
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	993	CRP DE LA ADICIÓN:	23113
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1393	CRP DE LA ADICIÓN:	25725
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1762	CRP DE LA ADICIÓN:	30128
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2209	CRP DE LA ADICIÓN:	33751
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2603	CRP DE LA ADICIÓN:	36011
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3079	CRP DE LA ADICIÓN:	40897
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3356	CRP DE LA ADICIÓN:	43338
VALOR ADICIONADO	\$	5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3645	CRP DE LA ADICIÓN:	45132
III. POLIZAS						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A	
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	Prestar los servicios y ejecutar las actividades que demanda el servicio, guiada por la normatividad del sistema					
2	Asignación de citas de programas de PYD					
3	Administrar las agendas de la USS Primera de mayo en cuanto a los folios y aperturas					
4	Apoyo administrativo del líder de la USS Primera de mayo					
5	Ampliación de facturas donas por insustancias, canceladas y/o modificaciones					
6	Revisión de mapas censales donas					
7	Elaboración de informes mensuales y estadísticos de la USS Primera de mayo y cárcel distrital					
8	Asignación de citas según especialidad					
9	Reprogramación de agendas de los profesionales de la USS primera de mayo según motivo extenuante que se presente					
10	Creación de casos de mesa de ayuda según requerimiento					
11	Grupo de los aportes al Sistema General de Seguridad Social y aportes Parafiscales					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	81767955		OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR		14/11/2024	\$	162.700	
PENSIÓN:	COLFONDOS		14/11/2024	\$	208.200	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		14/11/2024	\$	31.800	
OTRO						
TOTAL PAGADO				\$ 402.700		
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 calculó 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 cps, arl, pensión, rat)						
3 - Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scocp 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 fotográficas y/o documentales que reporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
 <p>EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ</p> <p>CC: 80812736</p> <p>CEL: 350 334 70 30</p>						

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN 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: (30/11/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ			CC:	80812736	
CORREO ELECTRÓNICO:	EDWINRODRIZ@GMAIL.COM			RUT (NIT):	80812736	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 10 ESTE N° 55 - 04 SUR			TELÉFONO:	3503347030	
				CIUDAD:	BOGOTÁ	
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		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0084 0036 4512
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2990 - 2024	N° CDP:	3645	N° RP:	45132	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: \$ 29,392,286
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S					2.672.026
DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS						
 EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ C.C 80.812.736 CEL: 350 334 70 30						

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

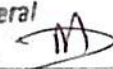
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDWIN ERLEY RODRIGUEZ RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.812.736

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2990 - 2024	FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.344.052			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 29.392.286	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			\$ 2.672.026
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10 / DIEZ	Nº CRP INICIAL:	16888	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	142
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81767955	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIO			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA Director servicios ambulatorios (E)			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION : 8	PRORROGA : 8
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	993	RP DE LA ADICIÓN:	23113	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1393	RP DE LA ADICIÓN:	25725	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1762	RP DE LA ADICIÓN:	30128	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2209	RP DE LA ADICIÓN:	33751	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2603	RP DE LA ADICIÓN:	36011	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3079	RP DE LA ADICIÓN:	40897	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3356	RP DE LA ADICIÓN:	43338	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3645	RP DE LA ADICIÓN:	45132	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
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
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A
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	
<p>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)</p>			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<p>Dr. Guillermo Rubio Guiza</p> <p>Médico Cirujano General</p> <p>RM 14244000 </p> <p>GUILLERMO RUBIO GUIZA</p> <p>DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E)</p>	
		<p></p> <p>EDISON SANCHEZ QUINTERO</p> <p>ENLACE DIRECCION AMBULATORIO</p>	

Elizabeth Cay

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	808-2736	EDY A. ELEVA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	CR 10 ESTE # 55-04 SUR	37-9776	edymr2736@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUBCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - INCAPACITACION			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGOS ASOCIADA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
	(DIAS/SEMANA)		(DIAS/SEMANA)		EVENTOS UPIC
					1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	1	14/11/2024	8-767955	\$402.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Accional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No Autorización	Valor	No Autorización	Valor	Valor Mora Cotización
EPS008	Compensar EPS	860069427	162.500	0	0	0	0	0	200
									162.700
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aportes Voluntario Aportante	Aportes Voluntario Aportante	Aportes FSP - Substancia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP
231001	Co-credos	800227940-6	208.000	0	0	0	1	200	0
									208.200
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad
147	Seguros Bover S.A	860002503-2	31.700		Sistemas	31.700	1	100	31.7
									31.800
									1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

TBC. Correo: Edison Sánchez

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TÉLEFONO	CORREO
CC	808-2736	EDW Y ERIEY RODR GUEZ RODR GUEZ	CR 10 ESTE # 55-04 SUR	37-9776	eremiroc289@gmail.com
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA (DIAMESIANO)	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					ENVIADOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	1	14/11/2024	87767955	\$402.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE									
INFORMACION NOVEDADES									
PENSION									
SAUD									
RIESGOS LABORALES									
CFP									
PARAFISCALES									
No. Tipo	No. C.C.	Apellidos y Nombres	Caliente	Subido	Excedente	Columna anterior	Formulario	BOG	BOG
1	CC	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736
1	CC	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736	R008-2736

PAGADA