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 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					
JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.032.436.553		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3554 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		**12/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.453.377**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	4 MESES Y 19 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 28.501.611**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.672.026**
N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP:**	**17398**	**N° CDP:**	**499**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	10 MESES Y 19 DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5OL CENTRO DE SALUD OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**8**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	993	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23126	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1393	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25737	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1762	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30138	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2209	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33762	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2603	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36022	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3079	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40908	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3356	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43346	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	**$ 5.344.052**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3645	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45140	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MES (2)
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

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

ITEM	**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)**
1	Utilize las medidas y elementos de proteccion personal de acuerdo a lo indicado en los protocolos de bioseguridad publicados el ALMERA en mis horarios de oficina
2	Realice el diligenciamiento del soporte del registro de vacunación (carnet), verificando que la información registrada coincida con los datos del documento de identidad entregados e información técnica de la vacuna aplicada ya sea soporte fisico o virtual de covid o regular
3	Verificar el cargue de la información en el aplicativo y PAI DISTRITAL, de los usuarios vacunados en cada jornada de vacunación. Garantize que la información cargada al aplicativo PAIWEB 2.0 y PAI DISTRITAL, corresponde a la estrategia implementada en el punto o jornada de vacunación.
4	Entregue de soportesa travez de correo electronico del balance diario, semanal y mensual de las personas vacunadas desagregado por fase, etapa y población priorizada; a través del correcto diligenciamiento del formato MACRO y REPORTE DIARIO, herramienta de control asignada por la secretaria distrital de salud.
5	En caso no aceptación de la vacunación por parte del usuario, realizar el diligenciamiento del disentimiento y reportar al supervisor del punto de manera inmediatamente el soporte como constancia de la no vacunacion.
6	Entregar el carnet de vacunación fisico o virtual informando de manera clara para el usuario la fecha de la cita para la aplicación de las siguientes dosis a aplicar, la información exacta del usuario vacunado de las dosis aplicadas, lotes, intitucion vacunadora y nombre del vacunador
7	Garantizar el cargue diarios en el aplicativo PAI WEB 2.0 y PAI DISTRITAL de los usuarios vacunados teniendo en cuenta el tiempo de validacion y verificacion para que la informacion quede con calidad de dato
8	Garantizar la calidad del dato de toda la información cargada en PAI WEB 2.0 y PAI DIASTRITAL y que sea coincidente con la herramienta de monitoreo MACRO y con los SIS.

9	Apoyar la logistica del punto de vacunación asignado en el soporte para la verificacion de los usuarios como su antecedente vacunacional
10	Asistir al punto de vacunación programado de acuerdo a las indicaciones del supervisor del punto en los horarios acordados y cumpliendo mi obligaciones diarias.
11	Realize la estructurazion de la base de seguimiento de la poblacion adscrita a ala subred centro oriente para que se pueda realizar el agendamiento telefónico de acuerdo a las bases de información suministradas por la IPS
12	Entregar los soportes de pago de seguridad social y cuenta de cobro durante el plazo establecido con los soportes y formatos requeridos
13	presentar los formatos para el cargue en el aplicativo secop de la cuenta de cobro autorizadas por el supervisor
14	adicional supervisión considere pertinentes para la ejecución adecuada del servicio. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato las cuales son: CARGUE USUARIO APLICATIVO PAI DISTRITAL Y PAIWEB METAS UNIDADFS EXTRAMURALES Y INTRAMURALES CON SEGUIMIENTO A LA META VERIFICACION PROCESO FACTURACION REPORTES DIARIOS COVID Y REGULAR REVISION PAPALERIA SIS, DESCARGAS DIARIAS REGULAR CONTACTNOS SEMANALES REGULAR Y COVID VALIDACION CALIDAD DE DATO OLAYA EXTRAMURAL SEGUIMIENTO A BASES ASIGNACION USUARIOS DECAPITADOS CAPITAL SALUD A UNIDADES SEGUIMIENTO PLAN INTENSIFICACION DEMANDA INDUCIDA SEGUIMIENTOS UNIDADES INTRAMURALES VALIDACION CALIDAD DE DATO REVICION CALIDAD DE DATO ENTREGA INFORME REGULAR Y COVID COMITÉ PAI MENSUAL VERIFICACION CALIDAD DE DATO UNIDADES CONSOLIDADO DESPUES DE ENTREGA DE INFORME MENSUAL ENTREGA AUDITORIA CAPITAL SALUD, BASES DE SEGUIMIENTOS POBLACION ASIGANDA CAPITAL SALUD

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9476436868**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	13/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/11/2024	$ 31.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 402.200

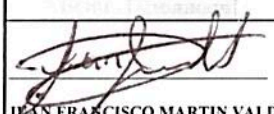
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 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 soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente



JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES :
CC: 1032436553
CEL: 3143681302

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 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:	JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES	**CC:**	1032436553
		RUT (NIT):	1032436553 - 0
CORREO ELECTRÓNICO:	fmartinv.white.519@gmail.com	**TELÉFONO:**	3143681302
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91 A 76 25	**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 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 : 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**183-802198-55**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 3554 2024**	**Nº CDP:**	**3645**	**Nº. RP:**	**45140**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 10 MESES Y 19 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**12/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 28.501.611**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MCTE					

JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES
C.C 1032436553
cel: 3143681302

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 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	**JUAN FRANCISCO MARTIN VALDES**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.032.436.553**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO EN SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3554 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**12/02/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.453.377				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.501.611	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.672.026		
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 DE 11	**N° CRP INICIAL:**	**17398**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**499**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	10 MESES Y 19 DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9476436868	**OPERADOR:**	APORTEAS EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	993	**RP DE LA ADICIÓN:**	23126	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1393	**RP DE LA ADICIÓN:**	25737	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1762	**RP DE LA ADICIÓN:**	30138	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2209	**RP DE LA ADICIÓN:**	33762	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2603	**RP DE LA ADICIÓN:**	36022	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3079	**RP DE LA ADICIÓN:**	40908	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3356	**RP DE LA ADICIÓN:**	43346	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3645	**RP DE LA ADICIÓN:**	45140	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS MES (2)
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			

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:	Dr. Guillermo Rubio Güiza Médico Cirujano General RM 14244000 **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **GUILLERMO RUBIO GUIZA** **CARGO:** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **SANCHEZ QUINTERO EDISON HUMBERTO** **PERFIL:** **ENLACE APOYO OPERATIVO**

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 1032436553		MARTIN VALDES JUAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 91A # 76-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4914809	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047384311	9476436868	I	2024/11/15	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$402,200

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			$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	1032436553	MARTIN JUAN	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	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

IBC correcto: Valor Salud

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032416513		MARTIN VALDES JUAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 91A # 76-25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4914809	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	1047384311	9476436868	I	2024/11/15	2024/11/13	BANCOLOMBIA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**