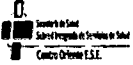
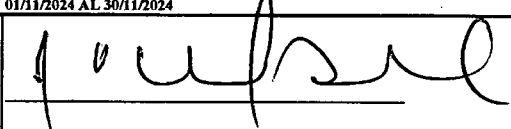


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				80.818.947			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 5354 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.460.374	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:		44664	Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES (NUMERO)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
						PRORROGAS (NUMERO)	
						TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:			
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)							
1		REUNION VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA APLICATIVO SIVIGILA DC					
2		ELABORACION Y AJUSTES DE TABLEROS DE CONTROL Y PRODUCTIVIDAD MENSUAL					
3		ELABORACION Y AJUSTE DE CONSOLIDADO PARA ARCHIVO DE ASIGNACION DE USUARIOS A PROFESIONALES DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR					
4		CRUCE Y ESTANDARIZACION DE BASES PARA VALIDACION DE CARGUE DE USUARIOS A BASE DE ASIGNACIÓN DE PROFESIONALES DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR					
5		CARGUE DE PREDIOS A PROFESIONALES DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN APLICATIVO GITAPPS					
6		DISPONIBILIDAD SIVIGILA FIN DE SEMANA					

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1067292989	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	8/11/2024	\$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	8/11/2024	\$	208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	8/11/2024	\$	31.700
OTRO	CAJA DE COMPENSACION	8/11/2024	\$	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 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				
(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				
 EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 80.818.947 CEL: 3505166626				

 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE	CC:	80.818.947
CORREO ELECTRÓNICO:	EDUARDOA87@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 100 148 57	TELÉFONO:	3505166626
		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.			
Régimen 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:	NU BANK	TIPO DE CUENTA:	ABORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		Nº CUENTA:	62876341
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5354 2024	Nº CDP:	3662
		Nº. RP:	44664
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/11/2024
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.460.374		
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE		
			
NOMBRE: EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE CC 80.818.947 CEL 3505166626			

		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-1A-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			EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.818.947																										
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																													
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR																											
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5354 2024		FECHA INICIO CONTRATO																									
				23/10/2024																									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:																									
				\$ 2.460.374																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL:																									
				44664																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067292989		OPERADOR:																									
				SIMPLE																									
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD																											
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO																											
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																											
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIÓN ()																									
				PRORROGA ()																									
				(MESES O DIAS)																									
III. POLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTÓ 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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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 cláusula "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: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																											
																													
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR																											

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-14, 11:23:18 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1067292989

Periodo Cotización: octubre de 2024

Periodo Servicio: octubre de 2024

PAGADO 08/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE		
Documento	CC80818947	Dirección	CR 100 #148 - 57 BQ 10 AP 303
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3057139290
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total													
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	PRE	REN	TRE	TAE	TAP	TIP	VSP	CDR	VST	SLN	MIE	JMA	MG	MC	MC2	ARP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80818947	EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE	59	00																		0	30	30	30	30			(2330301) PORVENIR	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.500	2438	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.300.000	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 428.200	\$ 0	\$ 428.200





¡Hola, Eduardo Andres Beltrán Zarate!

**Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los
siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: Aprobada ☺

CUS: 1037957183

Empresa: SIMPLE O!

Descripción: Pago de Seguridad Social

Valor de la Transacción: \$ 428.200

Fecha de Transacción: 08/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ **Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.**
- ▶ **Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.**
- ▶ **Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.**