	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTIONDE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓNDE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓNDE 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						
CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ						
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.010.221.346			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 5343 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:**	44654	**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)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**		**X**
Nº DE POLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA			**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	1.OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS LINEAMIENTOS TECNICOS ENVIADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL DE LA SDS Y REINDUCIONES DIRECCIONADAS DESDE LA LINEA DE INTERVENCION.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTE DE ACTA DE LECTURA DE LINEAMIENTOS.
2	1.OBLIGACIÓN: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYO DE ACTIVIDADES INHETRENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, SEGUIMIENTOS, FORMATOS Y REGISTRO DE BASES EN FORMATO DRIVE.
3	1.OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE APOYA EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y DEFINIDAS AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO QUE SE GENEREN EN EL MARCO DE DICHA CONTINGENCIA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL: ACTAS, SEGUIMIENTOS, FORMATOS Y REGISTRO DE BASES EN FORMATO DRIVE
4	1.OBLIGACIÓN: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA MENSUALMENTE EN EL QUE SE CONSIGNAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES Y SE REALIZA PROYECCIÓN DE SIGUIENTE MES ACORDE A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL LINEAMIENTO.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTE EN MEDIO MAGNETICO: PLAN OPERATIVO CRONOGRAMA MENSUAL.
5	1.OBLIGACION: PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL DISTRITO CAPITAL SEGÚN CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA CARACTERIZACIÓN OPORTUNA A FAMILIAS INTERVENIDAS, SEGUIMIENTOS Y CIERRES. EN EL MARCO DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES EN CARPETAS DE GESTION DOCUMENTAL: ACTAS, SEGUIMIENTOS, FORMATOS Y REGISTRO DE BASES EN FORMATO DRIVE.
6	1.OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN. CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: APOYO A LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): SOPORTES FÍSICOS, MEDIO MAGNÉTICO, LISTADO DE ASISTENCIA Y ACTAS.

7	1.OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: PRODUCTOS DEBIDAMENTE ORGANIZADOS Y ARCHIVADOS CON LA DOCUMENTACIÓN GENERADA, EN EL CUMPLIMIENTO DE SUS ACCIONES, DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.3. PRODUCTO (EVIDENCIA): CARPETAS CON LOS DIFERENTES SOPORTES CORRESPONDIENTES AL PROCESO.
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477294774	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	14/11/2024	$ 43.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/11/2024	$ 55.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/11/2024	$ 8.500
OTRO	N/A	N/A	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 106.500

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

CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.010.221.346
CEL: 3507318387

	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:	CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ	CC:	1.010.221.346
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	CRISTIANLEON_1995@HTOMAIL.COM	TELÉFONO:	3507318387
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42 G 74 A 55 SUR	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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	40299020764

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5343 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44654	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES : $ 3.280.499
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.460.374					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					

NOMBRE: CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ
CC 1.010.221.346
CEL 3507318387

	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	CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.010.221.346

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 5343 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 PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.460.374	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	44654	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477294774		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
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

N° DE MODIFICACION:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE POLIZA:		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:** **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**

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 1010221346		LEON FLORES CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 42G SUR # 74A 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	16793315	9477294774	I	2024/11/14	2024/11/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$114,400

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)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$346,667	$7,000			$346,667	$8,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$346,667	$7,000			$346,667	$8,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$346,667	$7,000			$346,667	$8,500		$0	$0
1	CC 1010221346	LEON CRISTIAN	25-14	8	$346,667	$55,500	EPS017	8	$346,667	$43,400	CCF22	8	$346,667	$7,000	14-11	8	$346,667	$8,500	8	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$346,667	$55,500			$346,667	$43,400			$346,667	$7,000			$346,667	$8,500		$0	$0

2024/11/14 04:12 PM

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 1010221346		LEON FLORES CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 42G SUR # 74A 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	16793315	9477294774	I	2024/11/14	2024/11/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$114,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$55,500	$0	$0	$55,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$55,500	$0	$0	$55,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,500	$0	$0	$8,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,500	$0	$0	$8,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$0	$0	$7,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$7,000	$0	$0	$7,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,400	$0	$0	$43,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$43,400	$0	$0	$43,400
TOTAL				1	$114,400	$0	$0	$114,400

2024/11/14 04:12 PM



Puntored no te cobra por esta transacción Puntored Corresponsal Bancario Daviplata

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	2024-11-14
Hora	13:53:34
Comercio	447010
Pto. Venta	223477
Operación	Depósito Daviplata
Número Daviplata	******6465
Valor	$30,000
Costo Transacción	$0
Total	$30,000
Aprobación	1041429016
Usuario de Venta	KAREN HASBLEIDY QUINTERO PEREZ
Talón	545837

Linea de atención personalizada: #688
Mensaje de texto: 85888

BANCO DAVIVIENDA S A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA