

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-1A-F7-077 VERSIÓN: 2	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				FECHA: 2024-09-16	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				79.889.810	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3200 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$		3.951.904		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		21.735.472		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		10		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES		17073	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	8	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22679
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26034
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29698
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33839
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38042
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41128
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43132
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45016
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		ABC	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	REALICE VERIFICACIÓN LÍNEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL				
2	REALICE ACTUALIZACIÓN DATOS LOS USUARIOS EN DHG				
3	REPORTE LOS CASO A TARAJA SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICULTADES EN LA SEGURIDAD SOCIAL				
4	REGISTRE Y CONFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH				
5	SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO.				
6	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES				
7	SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO				
8	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.				
9	GENERE FACTURAS				
10	GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO				
11	LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE				
12	ENTREGUE A DIARIO FACTURAS				
13	REALICE CORRECCIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGÚN LA INDICACIONES				
14	APLIQUE PLAN DE CONTINGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH				
15	SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS				
16	REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9476645902		OPERADOR:		APORTES EN LÍNEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SURA		13/11/2024		\$ 163.400
PENSIÓN:	COLPENSIONES		13/11/2024		\$ 209.100
RIESGOS LABORALES:	SURA		13/11/2024		\$ 31.900
OTRO					
TOTAL PAGADO					\$ 404.400
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 ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el ítem sea menor a 1 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scoop 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					
<p><i>Ivan Andrus Castro Ibagos</i></p> <p>IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS</p> <p>CC: 79889810</p> <p>CEL: 3192410081</p>					



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:	IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS	CC:	79889810
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	iaci030303@gmail.com	TELÉFONO:	3192410081
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 18 SUR # 24F-34 APA302	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C

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

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	66937063947
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 3200 2024	N° CDP:	3657	N° RP:	45016	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: \$21735472	

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	1.975.952
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CIENTO Y DOS PESOS MDA/CTE	

Ivan Andres Castro Ibagos
IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS
C.C 79889810
cel: 3192410081

		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			IVAN ANDRES CASTRO IBAGOS			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79889810			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3200 2024		FECHA INICIO CONTRATO		
				1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		3.951.904		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 21.735.472		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		
				1.975.952		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		10		Nº CRP INICIAL:	17073	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES				
ONCE		9476645902		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (87)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22679	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26034	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29698	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33839	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38042	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41128	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43132	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45016	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:				
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?					
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?					
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?					
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?					
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?					
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:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO				
		YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79889810		CASTRO IBAGOS IVAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 SUR # 24F-34 APA 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7130494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047608239	9476645902	I	2024/11/06	2024/11/13	BANCOLOMBIA	7	\$404,400

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)					\$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 79889810	CASTRO IVAN	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS010	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-11	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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79889810		CASTRO IBAGOS IVAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 18 SUR # 24F-34 APA 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7130494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1047608239	9476645902	I	2024/11/06	2024/11/13	BANCOLOMBIA	7	\$404,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$1,100	\$0	\$209,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$208,000	\$1,100	\$0	\$209,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$200	\$0	\$31,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$900	\$0	\$163,400	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$162,500	\$900	\$0	\$163,400	
TOTAL				1	\$402,200	\$2,200	\$0	\$404,400	

