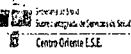
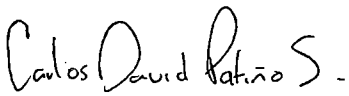


3230

		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-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.887.302		
OBJETO DEL CONTRATO:		AD PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3260 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
1/02/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$		5.344.052		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				(2) DOS MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		29.392.286	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$		2.672.026	
Nº DE INFORME:		(10) DIEZ		Nº CRP:	
				17127	
PLAZO DEL CONTARTO INCLUYENDO PRORROGAS		(11) ONCE MESES		Nº CDP:	
				136	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		(8) OCHO		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		(8) OCHO		PRORROGAS	
(8) OCHO					
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN:	
				957	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1372	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1722	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2229	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2661	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				3107	
VALOR ADICIONADO \$		2.672.026		CRP DE LA ADICIÓN:	
				3385	
VALOR ADICIONADO \$		5.344.052		CRP DE LA ADICIÓN:	
				3657	
VALOR ADICIONADO \$		-		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO \$		-		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO 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 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		Descarga de los soportes de las facturas en pdf en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, runt y dinámica gerencial), las cuales ya cuentan con el aval de revisión.			
2		Verificación de los soportes de las facturas ya soportadas en los aplicativos (colcan, avantage, sismuestras, correos de autorizaciones, labcore, run y dinámica gerencial)			
3		Reporte en la DRIVE a las unidades de las inconsistencias encontradas ya sea en el cobro de las cuentas o soportes faltantes de las facturas a soportar y radicar.			
4		Reporte en la DRIVE al personal de soportes y facturas faltantes por soportar.			
5		Unificación o tipificación de los archivos magnéticos según las EAPB de los soportes ya descargados en dichos aplicativos.			
6		Seguimiento de los reportes de las inconsistencias reportadas en la DRIVE a las unidades.			
7		Creación de registro de la relación de envío en el sistema dinámica gerencial según la contratación vigente o solicitud de las EAPB.			
8		Seguimiento de la inclusión de las facturas diariamente en el registro de la relación de envío en DGH.			
9		Confirmación de la relación de envío en el sistema DGH.			
10		Confirmación y descarga de los archivos planos de las relaciones de envíos en DGH y envío a rips de las mismas.			
11		Creación y generación de la cuenta de cobro sobre el número de la relación de envío en el sistema DGH la cual se presenta a las EAPB y área de cartera.			
12		Radicación física o digital en la plataforma dispuestas por las EAPB de las relaciones de envío las cuales ya se encuentran en estado confirmado en DGH.			
13		Subsanación de las inconsistencias enviadas ya sea por soporte, tipificación, facturación electrónica o validación de rips por las EAPB en el proceso de la radicación de las mismas.			
14		Entrega de la relación de envío con el certificado de radicación exitosa generada o emitida por la EAPB para el cambio de estado en DGH.			
15		Se realizan las demas actividades inherentes al objeto contractual			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		81064885		OPERADOR:	
MI PLANILLA					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		FAMISANAR		12/11/2024	
\$				163.400	
PENSIÓN:		PORVENIR		12/11/2024	
\$				209.100	
RIESGOS LABORALES:		SURA		12/11/2024	
\$				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 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 cps, 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					
Carlos David Patiño S.					
CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:					
CC-1023887302					

		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:		CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL			CC:		1023887302
					RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:		DEIVIO24@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:		3134690390
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Cra 31b # 31b - 04 sur			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 título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y párrafo 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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)							008480377707
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS 3260 2024	N° CDP:		3657	N° RP:	45041
						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: 29392286
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR, CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 2.672.026 DOS MILLONES SEISIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS MIL PESOS M/CTE					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;">  </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">  </div> </div>							
CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL C.C 1023887302 cel: 3134690390							

Apdr 6



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

CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.023.887.302

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: AD PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3260 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:

DIEZ (10)

Nº CRP
INICIAL:

45041

Nº CDP INICIAL DEL
CONTRATO

3657

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

81064885

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

FACTURACION - ARMADO Y RADICACION

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22723	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1327	RP DE LA ADICIÓN:	26074	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29737	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33876	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38077	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41162	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43162	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	S 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45041	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	S	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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023887302	CARLOS DAVID PATIÑO SABOGAL	CRA 7 este # 31b -04 SUR	6012079046	DEIVI024@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81064885	\$404.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Familianar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	7	1.100	0	209.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	7	200	31.900			317	31.900	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de JGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.400