3146

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	
JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	14.319.248
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 3146 2024			FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320
Nº DE INFORME:	10	Nº CRP:	17027	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
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	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22641	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	25997	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29664	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33807	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38012	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41099	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43103	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	44989	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI			NO	X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:			DD/MM/AAAA

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)

ITEM	
1	Se verifico orden de salida contraautorizacion
2	se verifico linea de pago según bases de datos
3	se reviso servcios segun grupo etnico y genero
4	se actualiza datos en los casos necesarios
5	se recibio soportes facturas eletronicas
6	se recibido facturas y soportes según la norma
7	se realizo correcion dentro de los tiempos estipulados
8	se aplico plan de contigencias los dias sin sistema
9	se distribuyo facturas según la eps
10	se asistio a capacitaciones programadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81771664	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	14/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	14/11/2024	$ 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

JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ
CC: 14319248
CEL:3204771970

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:	JAIME ARMADO NEIRA HERNANDEZ	**CC:**	14319248
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jaimeneira14319248@gmail.com	**TELÉFONO:**	3204771970
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 91 C 52 B 49 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 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.

16	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**074068180**
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 3146 2024	**N° CDP:**	3657	**N°. RP:**	44989	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGA :ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : $ 19759520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	1796320 UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ
C.C 14319248
cel: 3204771970

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	JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	14.319.248				
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 3146 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	Nº CRP INICIAL:	17027	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81771664		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC 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	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22641	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	25997	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29664	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33807	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38012	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41099	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43103	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.592.640	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	44989	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 **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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JAIME ARMANDO NEIRA HERNANDEZ	**NIT:**	14319248
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	octubre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2024
Número de Radicación:	81771664	**Total a pagar:**	$402,200
Fecha de vencimiento:	14/11/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	14/11/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1083	**Número Autorización:**	1832396
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$31,700
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$208,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$162,500
						$402,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información