5541

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | |
| EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 53.130.436 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | 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 5541 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 6/11/2024 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4.987.782 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN (1) MES Y VEINTI CINCO (25) DÍAS | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 4.987.782 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.226.688 | |
| Nº DE INFORME: | UNO (1) | Nº CRP: | 47471 | Nº CDP: | 3595 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y VEINTI CINCO (25) DÍAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | | PRORROGAS | | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| 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: | | 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)

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Se descargo Drive de asignacion de ingresos central de liquidacion |
| 2 | Se realizo cruce de insumos y/o medicamentos no contratados en la EAPB |
| 3 | Se realizo retroalimentcion en inconsistencias evidenciadas |
| 4 | Se verifico cotra matriz de contratacion tarifas paquetes y demas proceidmientos realizados a cada paciente |
| 5 | Se realiza devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna. |
| 6 | Se realizo facturacion de acuerdo a contratcion vigente y planes de beneficios correspondientes |
| 7 | Se Verificò que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB. |
| 8 | Se Realizo busqueda de soportes contra hc clinica y aplicativos proporcionados en auditoria |
| 9 | Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas |
| 10 | Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 9476231572 | OPERADOR: | APORTES EN LINEA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 13/11/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 13/11/2024 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 13/11/2024 | $ 31.700 |
| OTRO | | | |
| TOTAL PAGADO | | | $ 402.200 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calcule 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 período correspondiente

edy lamar gonzalez

EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO

CC: 53130436
CEL: 3057330075

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSION: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)** | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO | CC: | 53130436 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | edylagonzalez123@gmail.com | TELÉFONO: | 3057330075 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | TV 14 Q VIS 69 A 71 | 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.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 ( ) |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR: | DAVIVIENDA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 474600080151 |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | | | | |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5541 2024 | Nº CDP: | 3595 | Nº. CRP: | 47471 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: | UN (1) MES Y VEINTI CINCO (25) DÍAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 6/11/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/12/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 4.987.782 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 06/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ | | | | | | 2.226.688 |
| | DOS MILLONES DOCIENTOS VEINTI SEIS MIL SEISIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MDA/CTE | | | | | | |

edy lamar gonzalez

EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO

CC: 53130436
CEL: 3057330075

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 | EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 53.130.436 |

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | 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 5541 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 6/11/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4.987.782 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 4.987.782 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2.226.688 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | UNO (1) | Nº CRP INICIAL: | 3595 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 47471 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y VEINTI CINCO (25) DÍAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 9476231572 | | OPERADOR: | | APORTES EN LINEA |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | FACTURACION - HOSPITALIZACION | | | | |
| 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: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | 0 | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |

III. POLIZAS (SI APLICA)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X | |
| Nº DE POLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | | |
| FECHA DE LA POLIZA | | 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 **(06/11/2024) AL (30/11/2024)**

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>DIRECTOR FINANCIERO |
| | YAMILE CANO HERRERA<br>REFERENTE FACTURACION |

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 53130436 | | GONZALEZ CASTRO EDY LAMAR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Tv 14 q bis 69 a 71 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2007327 | 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 | 1046909246 | 9476231572 | I | 2024/11/13 | 2024/11/13 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$402,200** | **$0** | **$0** | **$402,200** |