	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

DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.031.159.125				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5425 2024			FECHA INICIO CONTRATO	30/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.531.146	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.531.146		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 133.269
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	44960	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (4) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(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 PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		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.PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
2	2. PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACIÓN DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE SUS ACTIVIDADES.
3	3. APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.
4	4. 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.
5	
6	
7	
8	
9	
10	

11	
12	
13	
14	
15	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N/A	OPERADOR:	N/A

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	N/A	$ -
PENSIÓN:	PORVENIR	N/A	$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA	N/A	$ -
OTRO:	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

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 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 período correspondiente

David Suarez Gomez

DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.031.159.125
CEL: 3222432632

Gestión 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 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ	CC:	1.031.159.125
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	DSUAREZ25@UAN.EDU.CO	TELÉFONO:	3222432632
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 13 H BIS B 49 A 24 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:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	055048841499819 2

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5425 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44960	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO:	30/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 4.531.146
PERIODO OBJETO DE COBRO:	30/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 133.269					
	CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE					

David Suarez Gomez.

NOMBRE: DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
CC 1.031.159.125
CEL 3222432632

	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	DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.159.125

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5425 2024		FECHA INICIO CONTRATO	30/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				4.531.146
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.531.146		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	133.269
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL: 44960		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N/A		OPERADOR:	N/A	
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

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		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	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		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 **30/10/2024 AL 31/10/2024**

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.031.159.125**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

ARL | sura

Medellín, 20 de noviembre de 2024

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ identificado(a) con C1031159125 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311591252432532810

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.13

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que David Andres Suarez Gomez, identificado(a) con CC número 1031159125, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1031159125
NOMBRES Y APELLIDOS	David Andres Suarez Gomez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/03/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	154 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1031159125 DAVID ANDRES SUAREZ GOMEZ Desde 01/07/2022 - Vigente

Generado por interfaces 20/11/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.