	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

OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			80.248.271		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 5614 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**20/11/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 1.866.162	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRECE (13) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 1.584.274		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 735.438
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	48545	**N° CDP:**	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTIDOS (22) 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

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$** 738.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49757	**TIEMPO PRORROGADO:**	(9) NUEVE DIAS

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	AUXILIAR CUIDADOR
2	PRESENTARSE CON EL FAMILIAR Y PACIENTE Y DARLE A CONOCER TODO EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR DURANTE EL CUIDADO POR PARTE DEL AUX CUIDADOR
3	SE REALIZARÁ TOMA DE SIGNOS CADA DOS HORAS
4	SE ASISTIRA AL BAÑO CUANDO EL PACIENTE ASÍ LO REQUIERA SE HARÁN ACTIVIDADES DE BIENESTAR PARA EL PACIENTE
5	PRESTAR SUS SERVICION CO CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADOL DEL CONVEMO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES , SUSCRITO AL FDS Y LA SUB RED PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADOS A DESARROLLAR
6	REALIZAR APROPACION CONCEPTUAL DANDO ES PERFIL CON LOS LINEAMIENTOS» FINANCIAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPO * BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITOS ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
7	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTOS PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINA PROFUNDIZAR Y PROFECIONAL DE LOS REQUERIMIENTOS PROPIOS TRANSVERALAS
8	REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DO CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O VALORACIONES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS
9	PARTCIPAR Y EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS ACTIVAS Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERESE EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DO MA INTERVENCIONES Y PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES
10	PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES DINÁMICAS CONVOCADAS POR FDS DE ACUERDO A LOS BASES ASIGNADAS Y ENTRARSE A LAS ACTIVIDADES , METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10680302488	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	07-12-24	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07-12-24	208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	07-12-24	31700
OTRO	CCF CAFAM		
TOTAL PAGADO			370.500

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, etc)
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

Oscar Arley Penagos U.

OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 80.248.271
CEL: 3223868022

Secretaría Distrital 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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE**	**CC:**	80.248.271
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	oscarspanesi11@gmail.com	**TELÉFONO:**	3223868022
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 34a 72 d 25 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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	045-648724-96

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5614 2024	**Nº CDP:**	4053	**Nº. RP:**	49757	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** VEINTIDOS (22) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/11/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		9/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** $ 1.804.274
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 735.438					
	SETECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE					

Oscar Arley Penagos U

NOMBRE: OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE
CC 80.248.271
CEL 3223868022

	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			OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.248.271		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 5614 2024		FECHA INICIO CONTRATO		20/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				1.066.162
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.804.274		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 735.438
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	48545	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTIDOS (22) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	10680302 48		OPERADOR:		SIMPLE
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							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49757	TIEMPO	(9) NUEVE DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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 articulo 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 período del **01/12/2024 AL 09/12/2024**

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

5614.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 03:49:53 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES **Numéro Planilla:** 1068716810

Nro Planilla Corregida: 1068030248 **Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8822700906

PAGADO 09/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE		
Documento	CC80248271	**Dirección**	CR 55 #152 - 40 MAZUREN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223868022
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRP	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	Días ERS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80248271	OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE	03	00									A								0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 182.500	0.000	$ 0	$ 0	(NINGC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.000
CC 80248271	OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE	09	00									C								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 182.500	2.439	$ 1.300.000	$ 31.700	(NINGC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 31.700	$ 0	$ 31.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 04:19:41 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068030248

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810679441

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE		
Documento	CC80248271	**Dirección**	CR 55 #152 - 40 MAZUREN
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223868022
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ATP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80248271	OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE	03	00																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 370.500	$ 0	$ 370.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.