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	CODIGO: 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							
BILLY ORLANDO CAMERO CORREA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.014.222.949			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3081 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		DOS (2) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.143.560	
Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP:**	16968	**Nº CDP:**	316		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN						

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	8	**PRORROGAS**	8	
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	948	CRP DE LA ADICIÓN:	23155	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1405	CRP DE LA ADICIÓN:	25589	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1743	CRP DE LA ADICIÓN:	30013	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2237	CRP DE LA ADICIÓN:	34050	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2635	CRP DE LA ADICIÓN:	37772	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3070	CRP DE LA ADICIÓN:	40787	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3360	CRP DE LA ADICIÓN:	42970	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.287.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3641	CRP DE LA ADICIÓN:	45195	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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

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	RESPUESTA SOLICITUDES DE INFORMACIÓN POR MEDIO DE LA PLATAFORMA AGILSALUD
2	GESTIÓN DE INFORMACIÓN PLATAFORMA SECOP II ARCHIVO FÍSICO Y MAGNÉTICO CONTRACTUAL,
3	RECOLECCIÓN DE DOCUMENTOS EXPEDIENTES CONTRACTUALES DE PERIODOS ANTERIORES ARCHIVOS FÍSICOS O MAGNÉTICOS DEPENDIENDO DEL CASO: PROCESOS DE CONTRATACIÓN POR ETAPAS, PRECONTRACTUAL, CONTRACTUAL, Y POSTCONTRACTUALES
4	VALIDACIÓN DE ESTADOS DE CONTRATOS EN PLATAFORMA SECOP II - COLOMBIA COMPRA EFICIENTE: PARA CONTROL Y MANEJO DE MATRIZ DE CONTRATACIÓN
5	GESTIÓN DE INFORME DE CONTRATOS ACTIVOS PARA REVISORÍA FISCAL: MODIFICACIONES Y ANEXOS REQUERIDOS
6	REVISIÓN FECHAS DE INICIO CONTRATOS NUEVOS PARA GESTIÓN APLICATIVO DE PAGOS
7	GESTION DOCUMENTAL, DIGITALIZACION REQUERIMIENTOS-ALISTAMIENTO-ORGANIZACIÓN PARA MASIVAS DE ADICIONES Y PRORROGAS
8	SE REALIZAN MODIFICACIONES: ADICIONES Y PRORROGAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS ASISTENCIALES Y PIC
9	GESTIÓN DE INFORMES Y DEMÁS SOPORTES SOLICITADOS PARA LA GESTIÓN DEL PROCESO
10	35 INICIOS DE EJECUCIÓN
11	LAS ACTIVIDADES REALIZADAS SE PUEDEN VALIDAR POR MEDIO DE LA PLATAFORMA SECOP II, BASES DE DATOS "MATRIZ DE CONTRATACIÓN 2020-2024" Y DRIVE CREADO PARA CARGA Y VALIDACIÓN DE SOPORTES MENSUALES
12	GESTION Y PREPARACION DOCUMENTAL PARA MASIVA DE CONTRATACION 2025; GESTION BASE DE DATOS CREACIÓN Y DISTRIBUCION DE NC PARA FIRMAS, CONSOLIDACION DE INFORMACIÓN FISICA Y MAGNETICA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	82307509	**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	COMPENSAR EPS	9/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$	208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR S.A.	9/12/2024	$	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.

BILLY ORLANDO CAMERO CORREA:
CC: 1014222949 DE BOGOTÁ D.C.
CEL: 3232273999

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: 30/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	BILLY ORLANDO CAMERO CORREA	**CC:**	1014222949
		RUT (NIT):	1014222949 - 9
CORREO ELECTRÓNICO:	BILLY.CAMERO@HOTMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3232273999
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 71 C 94 A 72 INT 2 APTO 503	**CIUDAD:**	BOGOTÁ D.C.

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

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**	**N° CUENTA:**	**18059415316**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3081 2024**	**N° CDP:**	**3641**	**N°. RP:**	**45195**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 34.579.160**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					

BILLY ORLANDO CAMERO CORREA
C.C 1014222949 DE BOGOTÁ D.C.
cel: 3232273999

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	**BILLY ORLANDO CAMERO CORREA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.014.222.949**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3081 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2024**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.287.120,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.579.160,00	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.143.560,00		
N° PAGO / N° DE INFORME:	11 DE 11	**N° CRP INICIAL:**	16968	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	316
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82307509	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN - OPS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° 8**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	948	**RP DE LA ADICIÓN:**	23155	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1405	**RP DE LA ADICIÓN:**	25589	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1743	**RP DE LA ADICIÓN:**	30013	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2237	**RP DE LA ADICIÓN:**	34050	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2635	**RP DE LA ADICIÓN:**	37772	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3070	**RP DE LA ADICIÓN:**	40787	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3360	**RP DE LA ADICIÓN:**	42970	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.287.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3641	**RP DE LA ADICIÓN:**	45195	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		X
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			XX

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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN **CARGO:** DIRECTORA DE CONTRATACIÓN

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014222949	BILLY ORLANDO CAMERO CORREA	CL 71 C 93 32 int 2 apto 503	7020532	billy.camero@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82307509	$402.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	0	0		208.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014222949	BILLY ORLANDO CAMERO CORREA	CL 71 C 93 32 int 2 apto 503	7020532	billy.camero@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82307509	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014222949	CAMERO CORREA BILLY ORLANDO	59	0			N																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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