| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**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** | **$** 1.066.162 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRECE (13) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 4.264.648 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 1.722.262 |
| **N° DE INFORME:** | 3 | **N° CRP:** | 48545 | **N° CDP:** | 3662 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS | | | | |

| | |
|---|---|
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | 2 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4053 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49757 | **TIEMPO PRORROGADO** | NUEVE (9) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4120 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO** | UN (1) MES |

**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**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | REALIZAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR CUIDADOR EN LOS CASOS ASIGNADOS |
| 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 TECNICA DESDE LOS DIFERENTOS PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS 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 TECNICAS<br>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 SUBRED |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1068716810-1068030248 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | FAMISANAR | 7/12/2024-09/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 7/12/2024-09/12/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SURA | 7/12/2024-09/12/2024 | $ 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

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

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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 Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**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:** | **4120** | **Nº. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**UN (1) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **20/11/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>**$ 4.264.648** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **10/12/2024 AL 31/12/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 1.722.262** | | | | | |
| | **UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE** | | | | | |

**NOMBRE:** **OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE**
**CC** **80.248.271**
**CEL** **3223868022**

| | | |
|---|---|---|
| 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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>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 PRESTACIÓN 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** | **$** | 1.066.162 | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** | 4.264.648 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** | 1.722.262 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **3** | **N° CRP INICIAL:** | **48545** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **3662** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y VEINTIDOS (22) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1068716810-1068030248 | | **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:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **N° ( 2 )** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (2) | PRORROGA (2) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA** | **4053** | **RP DE LA** | **49757** | **TIEMPO** | NUEVE (9) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA** | **4120** | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | UN (1) MES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **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 **10/12/2024 AL 31/12/2024**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**CARGO: DIRECTOR ENCARGADO** |
| | Jeimy Rocio Tors.<br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**JEIMY ROCIO TORRES ORTIZ**<br>**PERFIL: PROFESIONAL APOYO** |

5674

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**

## . DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **tazón Social** | OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE | | |
| **locumento** | CC80248271 | **Dirección** | CR 55 #152 - 40 MAZUREN |
| **ipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3223868022 |
| **ipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **iudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **epresentante Legal** | | **Identificación** | |
| **otal Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## . DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | IRET | IRET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | SLP | Días APO | Días PEN | 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 Mineducación | Total |
| 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 | $ 163,800 | 0.600 | $ 0 | $ 0 | (NIN-OC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370,500 |
| 80248271 | OSCAR ARLEY PENAGOS USECHE | 59 | 00 | | | | | | | | | C | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1,300,000 | $ 208,000 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1,300,000 | $ 163,800 | 0.436 | $ 1,300,000 | $ 31,700 | (NIN-OC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 403,500 |

## III.TOTALES

| ISC Pensión | ISC Salud | ISC Riesgos | ISC Caja | 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.