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

JAIRO FIGUEROA MEDINA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**79.353.836**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 3269 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.344.052**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 29.392.286**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.672.026**
Nº DE INFORME:	**11 DE 11**	**Nº CRP:**	**17148**	**Nº CDP:**	**136**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	**ONCE (11) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**[illegible] ALEJANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**8**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**8**	**PRORROGAS**	**8**	
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22731	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26082	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29745	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33883	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38084	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.672.026**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43169	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 5.344.052**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3612	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45412	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

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	Durante el mes de Diciembre 2024, se revisaron y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los procedimientos de insumos y medicamentos
2	Durante el mes de Diciembre 2024, se revisaron 370 facturas de las diferenetes entidades, facturas radicadas en plataforma y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los tarifas
3	Se realizo la consolidacion de causales de devolucion del mes de Diciembre 2024, para dar respuesta en el sistema DGH
4	Se solicitaron Rips de diferentes entidades para dar continuidad con la respuesta de las devoluciones realizadas por las diferentes eps.
5	Durante el mes de Diciembre 2024, se da respuestas a facturas a las devoluciones por medio de las plataformas digitales y correo de cada entidad.
6	Se socializa por medio de correo electronico a la coordinacion del area las diferentes causales para no poder contestar y radicar las devoluciones en los tiempos establecidos
7	Se radican en los diferentes aplicativos las respuestas de devoluciones de las diferentes entidades
8	Se dio respuesta a las devoluciones en el sistema DGH en los tiempos establecidos según normatividad vigente
9	Durante la primera semana de Diciembre 2024, se realizo plan de contigencia para dar respuesta a las devoluciones de todas las entidades, por unificacion del proceso de devoluciones
10	Se asistio a las capacitaciones programadas por las diferentes entidades y por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9477756805**	**OPERADOR.**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**5/12/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**5/12/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**5/12/2024**	**$ 31.700**
OTRO	**COMPENSAR**	**5/12/2024**	**$ 26.000**
TOTAL PAGADO			**$ 428.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

JAIRO FIGUEROA MEDINA
CC: 79353836
CEL:3132367081

Scanned with CamScanner

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: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIRO FIGUEROA MEDINA**	**CC:**	**79353836**
		RUT (NIT):	**79353836**
CORREO ELECTRÓNICO:	jaifigue2015@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3132367081**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 6 ESTE NUMERO 13-50 SUR	**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 (X)**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570008480295289**
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)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3269 2024**	**N° CDP:**	**3612**	**N°. RP:**	**45412**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29.392.286**
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)	**$**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTAY DOS MIL VENTISEIS PESOS MDA/CTE ✓					

JAIRO FIGUEROA MEDINA
C.C 79353836
cel: 3132367081

Scanned with CamScanner

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			JAIRO FIGUEROA MEDINA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			79.353.836		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 3269 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.344.052
VALOR TOTAL DEL	$ 29 392 286,00		VALOR DE HONORARIOS		$ 2 672 026,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 de 11)	Nº CRP INICIAL:	17136	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477756305		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION				
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:	Nº 7	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			8	TIEMPO PRORROGADO:	8
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22731	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26082	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29745	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33883	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38084	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41169	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2 672 026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43169	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5 344 052	CDP DE LA ADICIÓN:	3612	RP DE LA ADICIÓN:	45412	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº 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 presento 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 periodo del **01/12/2024 AL 31/12/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **MARLENY RAMOS GUERRA** **PERFIL:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

Scanned with CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79353836		FIGUEROA MEDINA JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132367081	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	01905911	9477756805	I	2024/12/10	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200
1	CC	79353836	FIGUEROA JAIRO	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-23	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	30	$0	$0	No	$428,200
Total Afiliados(1)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$428,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79353836		FIGUEROA MEDINA JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132367081	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	01905911	9477756805	I	2024/12/10	2024/12/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$428,200

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$428,200	$0	$0	$428,200

Scanned with CamScanner

2024/12/05 03:40 PM