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

CESAR CAMILO PATARROYO RUBIANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1,032,445,663**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3509 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/2/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 3,400,980	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 23,915,308		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2,169,510
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	17275	**N° CDP:**	485
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL, EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GCD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**8**	**PRORROGAS**	**6**	
VALOR ADICIONADO	**$** 2,473,440	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21010	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 1,978,752	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23894	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 3,297,920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29174	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** 2,978,434	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33020	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 6,492,780	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2609	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36551	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	**$** 15,750	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39019	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO	**$** 2,905,336	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3245	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40969	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	**$** 371,916	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS

¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

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	APOYAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS DE ATENCION, COMO SON: TOMA DE LABORATORIOS DE PRIMER NIVEL, INYECTOLOGÍA, ENTREGA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS, CURACIONES Y PROGRAMA DE CRONICOS, ENTRE OTROS.
2	APOYAR LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN, ATENCION Y SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD, EN TEMAS RELACIONADOS A LAS PATOLOGÍAS PRINCIPALES, DE ACUERDO A PERFIL EPIDEMIOLÓGICO: SALUD MENTAL Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
3	APOYAR LA REALIZACION CHARLAS EDUCATIVAS EN TEMAS DE SALUBRIDAD Y AUTOCUIDADO, DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS Y APLICACIÓN DE PRUEBAS RÁPIDAS PARA DETECCIÓN DE VIH Y SÍFILIS.
4	APOYAR DURANTE EL TRÁMITE DE EGRESO DEL PRIVADO DE LA LIBERTAD, LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y O DOCUMENTACIÓN IMPORTANTE DE SALUD, PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, CITAS) POR ESPECIALISTA(S) Y TERAPIA(S) QUE SE ENCUENTRE(N) EN TRÁMITE.
5	REALIZAR RECORRIDO POR EL AREA DE PROTECCION Y SEGURIDAD VALORANDO AL PERSONAL PRIVADO DE LIBERTAD QUE SE ENCUENTRE SEGREGADO POR MOTIVOS DE SALUD.
6	REALIZAR NOTIFICACIÓN DE EVENTOS EN SALUD PÚBLICA MEDIANTE EL DILIGENCIAMIENTO DE LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN ESTABLECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD.
7	GARANTIZAR LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN SITUACIONES DE URGENCIAS MÉDICAS, CRISIS Y CONTINGENCIAS DE SALUD, EN LAS CONSOLAS POR PRIMER Y SEGUNDO PISO.
8	APOYAR EL EXAMEN MÉDICO EL DÍA DEL INGRESO DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD.
9	APOYAR EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN LOS CENTROS DE RECLUSIÓN DONDE SEA ASIGNADO (CARCEL DISTRITAL - CENTRO ESPECIAL DE RECLUSIÓN - ESTACIONES DE POLICÍA Y URIS)
10	**Cumplir las 210 HORAS por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3509 2024**

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94479432794	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	SALUD TOTAL	9-12-24		162500
PENSIÓN:	PORVENIR	9-12-24		208000
RIESGOS LABORALES:	SURA	**RIESGO V**		-
OTRO	CCF - COMPENSAR			86000
TOTAL PAGADO				396800

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realice 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 ocasion 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

Camilo Patarroyo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CESAR CAMILO PATARROYO RUBIANO
CC: 1032445663
CEL: 3192511805

	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 GESTION**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSION: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CESAR CAMILO PATARROYO RUBIANO**			**CC:**	1032445663
				RUT (NIT):	1032445663-0
CORREO ELECTRÓNICO:	CESARPATARROYOR@GMAIL.COM			**TELÉFONO:**	3192511805
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 16 7 33			**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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 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:	**BANCO FALABELLA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**111610043983**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 3509 2024**	**N° CDP:**		**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/2/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 23.915.308**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2,169,510**
	DOS MILLONES CIENTO SESENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE					

Camilo Patarroyo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CESAR CAMILO PATARROYO RUBIANO
CC: 1032445663
CEL: 3192511805

	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	CODIGO: 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	CESAR CAMILO PATARROYO RUBIANO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,032,445,663

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3509 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/2/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				3,400,980
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23,915,308		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2,369,510
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	N° CRP INICIAL:	17275	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	485
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94779143799		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACION:	N° (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 2,473,440	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	21010	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 1,978,752	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23894	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,297,920	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29174	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2,978,434	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	33020	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 6,492,780	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36551	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 15,750	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	RP DE LA ADICIÓN:	39919	TIEMPO PRORROGADO:	N/A
VALOR ADICIONADO	$ 2,905,336	CDP DE LA ADICIÓN:	3755	RP DE LA ADICIÓN:	46969	TIEMPO PRORROGADO:	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ 371,916	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	N/A

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A

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 autorizo 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 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 (1/12/2024) AL (31/12 2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA. NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032445641		PATARROYO RUBIANO CESAR CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 16 # 7 - 11	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4323009	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	1111195623	947943794	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO FALABELLA	0	$396,500

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
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
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$396,500**	**$0**	**$0**	**$396,500**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032445663		PATARROYO RUBIANO CESAR CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 16 # 7 - 33	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4323909	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1111195623	947943794	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO FALABELLA	0	$396,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0
1	CC	1032445663	PATARROYO CESAR	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000		0	$0	$0	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$0	$0		$0	$0

2024/12/08 10:11 PM