3136

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 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					
DANIEL FELIPE CADENA MUÑETON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.000.727.012			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3136 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320		
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17018	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	OCHO (8)	PRORROGAS	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22631	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	25987	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29654	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33797	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38003	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41090	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43094	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	44980	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

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

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	Descargue del sistema de información DGH las agendas asignadas por profesional, especialidad y centro de atencion identificando los pacientes del régimen subsidiado que no generan copagos
2	Realice el seguimiento y distribucion de las citas asignadas de servicios ambulatorios a los facturadores de agenda anticipada para la generación de registros de servicios
3	Revisé y validé servicios por frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente
4	Recepcioné las facturas generadas por los facturadores de consulta externa en los diferentes puntos de atención
5	Realicé el seguimiento en el Drive de las inconsistencias reportadas de CAPITAL PGP
6	Socialicé a los facturadores de consulta externa las novedades reportadas por el armado de cuentas para su corrección
7	Verifiqué la entrega de facturas de consulta externa para su revisión por parte del analista encargado
8	Realice el bloqueo y/o desbloqueo de ingresos reprtados en el Drive
9	Generé factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporté con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
10	Asistí a dos reuniones programadas por el área

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477463041	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	9/12/2024	$	163.100
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$	208.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	9/12/2024	$	31.900
OTRO	CAJA DE COMPENSACION	9/12/2024	$	26.100
	TOTAL PAGADO		$	429.800

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

Daniel Cadena.

DANIEL FELIPE CADENA MUÑETON:
CC: 1000727012
CEL: 3125305665

9

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:	DANIEL FELIPE CADENA MUÑETON	**CC:**	1000727012
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	DANIELSUBRED@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3125305665
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 73G #81B-63 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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**912-402509-72**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3136 2024	**Nº CDP:**	3657	**Nº. RP:**	44980	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/12/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $19.759.520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1.796.320					
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

Daniel Cadena

DANIEL FELIPE CADENA MUÑETON
C.C 1000727012
cel: 3125305665

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			**DANIEL FELIPE CADENA MUÑETON**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.000.727.012**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3136 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.759.520		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
N° PAGO / N° DE INFORME:	ONCE (11)	**N° CRP INICIAL:**	17018	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9477463041**		**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**FACTURACION - AMBULATORIOS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° (8)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (8)**	**PRORROGA (8)**
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22631	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	25987	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29654	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33797	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38003	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41090	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43094	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	44980	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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 APROBACIÓN:**			

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?	✓	
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?	✓	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	✓	
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?	✓	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	✓	

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:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **DIRECTOR FINANCIERO**
	YAMILE CANO HERRERA **REFERENTE FACTURACION**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000727012		CADENA MUÑETON DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 73 e 81 b 63 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125305665	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	1111333138	9477463041	I	2024/12/04	2024/12/09	BANCOLOMBIA	5	$429,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$700	$0	$208,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$700	$0	$208,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$200	$0	$31,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				**1**	**$428,200**	**$1,600**	**$0**	**$429,800**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000727012		CADENA MUÑETON DANIEL FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 73 e 81 b 63 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125305665	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	1111333138	9477463041	I	2024/12/04	2024/12/09	BANCOLOMBIA	5	$429,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
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
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
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
1	CC 1000727012	CADENA DANIEL	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-7	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
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

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA