3191

	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 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.193.381.357		
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 3191 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.735.472		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		1.975.952
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17065	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22672	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26028	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29693	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33834	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38037	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41123	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43127	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45011	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	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DHG
3	REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICUALTDES EN LA SEGURIDAD SOCIAL
4	REGISTRE Y COMFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH
5	SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO.
6	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES
7	SE REGISTRO INGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO
8	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.
9	GENERE FACTURA Y RECIBOS DE CAJA
10	LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE
11	ENTREGUE A DIARIO FACTURA
12	REALICE CORRECIONES SEGÚN LA INDICACIONES
13	APLIQUE PLAN DE CONTIGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH
14	SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS
15	REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE IMEDIATO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068022928	OPERADOR:	PAGO SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	7/12/2024	$	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	7/12/2024	$	209.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	7/12/2024	$	31.700
OTRO				
TOTAL PAGADO				$ 402.200

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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

David Santiago Mondragón Torres

DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES
CC:1193381357
CEL:3042997674

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:	**DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES**	**CC:**	**1193381357**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	santiagomondragont12@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3042997674**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 32A SUR #1 B - 51	**CIUDAD:**	BOGOTA 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 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:**	**91259283481**
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 3191 2024	**Nº CDP:**	3657	**Nº. RP:**	45011	**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:21735472**
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)	**$**					**1.975.952**
	UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA/CTE					

David Santiago Mondragón Torres

DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES
C.C 1193381357
cel: 3042997674

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	DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.193.381.357

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 3191 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.735.472	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	1.975.952		
N° PAGO / N° DE INFORME:	11	N° CRP INICIAL:	17065	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068022928	OPERADOR:	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - HOSPITALIZACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL CIVIV				
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	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22672	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26028	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29693	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33834	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38037	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41123	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43127	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45011	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 POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		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?	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 **(01/12/2024) 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**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 04:21:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068022928

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810175663

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES		
Documento	CC1193381357	**Dirección**	CL 32A SUR #1 B - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3042997674
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 Ministerio	Total
CC 1193381357	DAVID SANTIAGO MONDRAGON TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	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
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.