3259

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

BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.952.981				
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 3259 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 (DOS) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026		
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17126	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	OCHO (8)	PRORROGAS	OCHO (8)	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22722	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26073	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29736	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33875	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38076	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41161	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43161	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45040	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:		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	Revise de las facturas y soportes requeridos por las Aseguradoras y ADRES. verificacion del consolidad para generar formato 3.
2	Revise de las facturas y soportes requeridos por las Aseguradoras y ADRES. verificacion del consolidad para generar formato 3.
3	Socialice los Anexos tecnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envio de sendas parciales, para conocimiento de la diferentes areas, realizar seguimiento y control por unidad de las devoluciones reportadas. con un aproximado de 3400 registro reportados al mes.
4	Socialice de los Anexos tecnicos del PGP para revisión y cumplimiento de SENDAS, previo a la radicación, envio de sendas parciales, para conocimiento de la diferentes areas, realizar seguimiento y control por unidad de las devoluciones reportadas. con un aproximado de 3400 registro reportados al mes.
5	Informe oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o evitar la radicación oportuna de la cuenta.
6	Elabore estadísticas de Facturacion por plan de beneficios para generar dispersión de unidades funcionales de la Subred, generacion de consolido en sendas de tipologias.
7	Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias, en 120000 registros aproximadamente, segun detallado de facturacion.
8	Realice cruces de información, verificando la facturación de actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96, en 120000 registros aproximadamente, segun detallado de facturacion.
9	Conversión de la facturación de tarifa 2423/96 a tipologias o actividades finales de acuerdo a la contratación vigente,en 120000 registros aproximadamente, segun detallado de facturacion.
10	Apoye en actividades de Gratuidad con la descarga de estadisticos y soportes.
11	Búsque Diagnósticos para actividades finales, segun anexo 4, de los reportes de DGH.
12	Agrupe servicios actividad FINAL vs Actividades INTERMEDIAS. y reporte de inconsistencias a unidades, los dias martes y jueves.
13	Valide la información con los archivos TXT, generados por RIPS. Envio de informacion para la generacion formato 3 y cruce de informacion.
14	Solicite los RIPS dos dias antes de la radicación de las cuentas de cobro, para su verificacion y envio de informacion a la entidad.
15	Elaboracie informes solicitados de a cuerdo a la modalidad de contratación con las diferentes EAPB, informes solicitados por el area.
16	Asisti a la reuniones programadas por el área. se cumple con la asistencia a las diferentes reuniones.
17	Asisti a la reuniones programadas por el área. se cumple con la asistencia a las diferentes reuniones.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82479991	OPERADOR:	MIPLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL EPS	9/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	9/12/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Brayan Tribaldos

BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO
CC: 1023952981
CEL.: 3502614628

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:	**BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO**	**CC:**	**1023952981**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	srcoalejandrotribaldos@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3502614628**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Kr 3B Este 37a 79 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:	**CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24104774393**
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)

N° DEL CONTRATO:	**PS 3259 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45040**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (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 (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MDA/CTE					

Brain Tribaldos

BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO
CC: 1023952981
CEL: 3502614628

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	BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.023.952.981

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 3259 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.344.052		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.392.286		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
N° PAGO / N° DE INFORME:	ONCE (11)	N° CRP INICIAL:	17126	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82479991	OPERADOR:	MIPLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (8)	PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22722	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26073	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29736	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33875	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38076	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41161	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43161	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45040	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?	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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023952981	BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO		kr 3b este 37a 79 sur	3502614628	srcoalejandrotribaldos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82479991	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
			-	
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023952981	BRAIN ALEJANDRO TRIBALDOS VALERO	kr 3b este 37a 79 sur	3502614628	srcoalejandrotribaldos@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82479991	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suspilado	Extranjero	Colom. exterior	Estacionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1023952981	TRIBALDOS VALERO BRAIN ALEJANDRO	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información