3253

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 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					
ABEL PUENTES RODRIGUEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			79.891.048		
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 3253 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 PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17120	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC 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:	22718	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26070	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29733	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33873	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38074	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41159	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43159	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45038	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	Se descargo Drive de asignacion de ingresos central de liquidacion se trabajan 200 ingresos
2	Se realizo cruce de insumos y/o medicamentos no contratados en la EAPB
3	Se realizo retroalimentcion en inconsistencias evidenciadas 6 facturas
4	Se verifico cotra matriz de contratacion tarifas paquetes y demas proceidmientos realizados a cada paciente
5	Se realiza devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.
6	Se realizo facturacion de acuerdo a contratcion vigente y planes de beneficios correspondientes
7	Se Verificó que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB. 200
8	Se Realizo busqueda de soportes contra hc clinica y aplicativos proporcionados en auditoria a facturas 200
9	Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas
10	Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068100527	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	9/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	9/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	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 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.

Abel Puentes

ABEL PUENTES RODRIGUEZ

CC: 79891048
CEL: 3227728300

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 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ABEL PUENTES RODRIGUEZ	CC: RUT (NIT):	79891048
CORREO ELECTRÓNICO:	ABELPUENTESR@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3227728300
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 98B # 72-25SUR	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 ( )
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOOMEVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	050900641881
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)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 3253 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	45038	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 SEISIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MDA/CTE						

Abel Puentes

ABEL PUENTES RODRUGUEZ
C.C 79891048
cel: 3227728300

	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 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ABEL PUENTES RODRIGUEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	79.891.048

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 3253 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
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP INICIAL:	17120	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068100527		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - HOSPITALIZACION				
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:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				OCHO (8)	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22718	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26070	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29733	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33873	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38074	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41159	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43159	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45038	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

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 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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 11:39:54 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068100527

Periodo Cotización: noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8827775280

PAGADO 09/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ABEL PUENTES RODRIGUEZ		
Documento	CC79891048	**Dirección**	CR 98B #72 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3227728300
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Tota
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 79891048	ABEL PUENTES RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40

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 Pode de lo SIMP

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.