3289

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 ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.018.415.608			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3289 2024		FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.838.040	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 (DOS) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.109.221		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.919.020		
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP:	17155	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	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22750	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26099	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29762	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33899	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38099	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.021	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41184	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 2.919.020	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43183	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.838.040	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45060	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	

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	Se verifico vigencia del contrato para las cuentas de FFDS (Fondo Financiero Distrital de Salud)
2	Se realizo cruce de informacion a presentar a la entidad FFDS vs. Archivo generado por el encargado de la cuenta y recoleccion de firmas
3	Se verifico informacion y se retroalimenta al encargado de la cuenta FFDS para unificacion de criterios
4	Se realizo validacion de CUPS vigentes por medio del validador de RIPS de la Secretaria de Salud version 4.0.2
5	Se separo las cuentas presentadas a FFDS en PPNA vinculados, Irregulares, Gestantes Venezolanas y particulares
6	Se realizo el correcto diligenciamentos para la presentacion de las cuentas a FFDS teniendo en cuenta el contrato
7	Se verifico y corrige las posibles devoluciones cuando corresponda para nueva presentacion de las mismas
8	Se realizo un aleatorio y se verifica los CIE10 como parte de auditoria para verificacion de las cuentas presentadas
9	Se realizo emision de correo electronico para validacion previa con el encargado de la cuenta FFDS antes de presentar oficialmente
10	Se realizo envio de correo una vez validada la cuenta a la respectiva persona en Secretaria de salud encargada de la cuenta
11	Se realizo verificacion de la aprobacion de la cuenta emitida por Secretaria de salud
12	Se realizo descargue de RIPS para las cuentas en mencion (FFDS, OIM, Circular 029 y SUF140)
13	Se realizo verificacion de planes de beneficio para la cuenta de FFDS y OIM
14	Se realizo verificacion de posibles PQRS en el caso que aplique
15	Se realizo socializacion y se notifica inconsistencias presentadas para las personas encargadas de las cuentas FFDS y OIM para la debida correccion y seguimiento
16	Se realizo socializacion del modelo de Validacion y radicacion cuenta OIM
17	Se realizo seguimientos a los errores presentados anteriormente por las cuentas a cargo
18	Se realizo validacion y verificacion de RIPS para las cuentas en mencion (FFDS, OIM, Circular 029 y SUF140)

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	82503624	OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	9/12/2024	$	163.100	
PENSIÓN:	COLFONDOS	9/12/2024	$	208.700	
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$	31.900	
OTRO	COMPENSAR	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 período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social dondo 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

Anexo

DANIEL ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO
CC: 1018415608
CEL: 3057513731

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 ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO**	**CC:**	**1018415608**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	danievil6@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3057513731**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 23A # 1 SUR - 60 (Madrid, Cundinamarca)	**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:	**BANCO DE BOGOTA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**038576567**
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 3289 2024**	**N° CDP:**	**3657**	**N°. RP:**	**45060**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**$ 32.109.221**
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)	**$ 2.919.020**					
	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS M/C					

DANIEL ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO
CC: 1018415608
CEL: 3057513731

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 ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.018.415.608**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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 3289 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.838.040				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 32.109.221		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.919.020
N° PAGO / N° DE INFORME:	ONCE (11)	**N° CRP INICIAL:**	17155	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**82503624**		**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):**				OCHO (8)	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**RP DE LA ADICIÓN:**	22750	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**RP DE LA ADICIÓN:**	26099	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**RP DE LA ADICIÓN:**	29762	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**RP DE LA ADICIÓN:**	33899	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**RP DE LA ADICIÓN:**	38099	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.021**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**RP DE LA ADICIÓN:**	41184	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 2.919.020**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**RP DE LA ADICIÓN:**	43183	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 5.838.040**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**RP DE LA ADICIÓN:**	45060	**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	1018415608	DANIEL ALEJANDRO VILLA SAMPEDRO	Cr 12C Bis # 149A - 18 Apto 301	7612089	danievil6@hotmail.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	82503624	$429.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	5	600	0	163.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	5	700	0	208.700	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	5	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	5	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	163.100
Pensión	1	208.000	208.700
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	429.800

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