5664
Ma NOU

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

**CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 11.205.180 | | |
| 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 5664 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 26/11/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.562.701 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN (1) MES Y CINCO (5) DIAS | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.562.701 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 445.338 |
| Nº DE INFORME: | UNO (1) | Nº CRP: | 48622 | Nº CDP: | 3595 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y CINCO (5) DÍAS | | | | |
| 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: | | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | | PRORROGAS | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: | |
| 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Se descargo Drive de asignacion de ingresos central de liquidacion |
| 2 | Se realizo cruce de insumos y/o medicamentos no contratados en la EAPB |
| 3 | Se realizo retroalimentcion en inconsistencias evidenciadas |
| 4 | Se verificó cotra matriz de contratacion tarifas paquetes y demas proceidmientos realizados a cada paciente |
| 5 | Se realiza devolucipnes 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. |
| 8 | Se Realizo busqueda de soportes contra hc clinica y aplicativos proporcionados en auditoria |
| 9 | Se Adjuntó requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas |
| 10 | Se Adjuntó requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| No. DE PLANILLA: | NUEVO | OPERADOR: | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | SANITAS | | |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | | |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | | |
| OTRO | | | $ - |
| | TOTAL PAGADO | | $ 0 |

**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

CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA
CC: 11205180
CEL: 3005146349

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSION: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA** | **CC:** | **11205180** |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | CRISTHIANMAURICIO2010@HOTMAIL.COM | **TELÉFONO:** | **3005146349** |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 77B #129-11 | **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:** | **BANCOLOMBIA** | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **19200003617** |
| **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 5664 2024** | **Nº CDP:** | **3595** | **Nº. CRP:** | **48622,00** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** | **UN (1) MES Y CINCO (5) DÍAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **26/11/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **31/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 3.562.701** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **DEL 26/11/2024 AL 30/11/2024** | | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 445.338** | | | | | | |
| | **CUATROCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MDA/CTE** | | | | | | |

**CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA**
**C.C 11205180**
**cel: 3005146349**

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 | CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 11.205.180 |

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5664 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | | 26/11/2024 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | | | | 3.562.701 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.562.701 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 445.338 |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | UNO (1) | Nº CRP INICIAL: | 48622 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3595 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y CINCO (5) DÍAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | NUEVO | | OPERADOR: | | 0 |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | FACTURACION - HOSPITALIZACION | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIÓN: | 0 | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | | | 0 | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | 0 |
| 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 | SÍ | 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 **(26/11/2024) AL (30/11/2024)**

| | |
|---|---|
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO<br>DIRECTOR FINANCIERO |
| | YAMILE CANO HERRERA<br>REFERENTE FACTURACION |

ARL

sura

Medellín, 26 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA con documento de identidad C11205180, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-11-23 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | TRABAJADORES INDEPENDIENTES | 0000000001 | 3 | 2.436 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

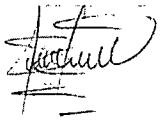
Colpensiones

**LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES**

**CERTIFICA QUE**

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11205180,** se encuentra afiliado/a desde **01/09/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de diciembre de 2024.



**Rosa Mercedes Nino Amaya**
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



**Colpensiones**
Dirección: Carrera 10 No.72 – 33 Torre B Piso 11, Bogotá D.C., Colombia Conmutador: (+57) 601 489 0909; Línea Gratuita: 01 8000 410909 www.colpensiones.gov.co

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

**CERTIFICA**

Que Cristhian Mauricio Ramirez Mesa, identificado(a) con CC número 11205180, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 11205180 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Cristhian Mauricio Ramirez Mesa |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 28/03/1984 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 14/09/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 7 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 15/08/2024 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 11205180 CRISTHIAN MAURICIO RAMIREZ MESA Desde 18/07/2024 - Vigente N.I.T. 900151759 RGIS COLOMBIA LTDA Desde 14/06/2024 Hasta 14/06/2024N.I.T. 900978700 ACCIONES EFECTIVAS E INTEGRALES SAS Desde 04/03/2024 Hasta 31/05/2024N.I.T. 900075456 ASIGNAR S A S Desde 18/01/2024 Hasta 27/01/2024N.I.T. 900075456 ASIGNAR S A S Desde 01/01/2024 Hasta 23/01/2024

Generado por interfaces 09/11/2024

**ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.**