3197

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

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1031151109
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 3197 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.951.904	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (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:	17070	Nº CDP:	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(8)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22676	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26031	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29696	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33837	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38040	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41126	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	43130	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	CRP DE LA ADICIÓN:	45014	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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DIIG
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 EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO
8	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.
9	GENERE FACTURAS
10	GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO
11	LEGALICE PAGARES EN DGH SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE
12	ENTREGUE A DIARIO FACTURAS
13	REALICE CORRECIONES A LAS DEVOLUCIONES SEGÚN LA INDICACIONES
14	APLIQUE PLAN DE CONTIGENCIA CUANDO NO SE CONTABA CON DINAMICA DGH
15	SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS
16	REALICE ACTIVIDADES INDICADAS POR EL SUPERVISOR O JEFE IMEDIATO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477483102	OPERADOR:	APORTE EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	9/12/2024	$ 163.100
PENSIÓN:	PORVENIR	9/12/2024	$ 208.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/12/2024	$ 31.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 403.700

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

Gustavo AA

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
CC:1031151109
CEL:3167680499

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:	**GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO**	**CC:**	**1031151109**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	tavo.aaw.94@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3167680499**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 6a # 14- 44 sur Mosquera	**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:	**AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**461772647**
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)

N° DEL CONTRATO:	PS 3197 2024	**N° CDP:**	3657	**N°. RP:**	45014	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TATAL 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					

G

GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO
C.C 1031151109
cel: 3167680499

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			GUSTAVO ADOLFO ARANDA WALTERO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1031151109		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 3197 2024		FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2024
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:	ONCE (11)	N° CRP INICIAL:	17070	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477483102		OPERADOR:	APORTE EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - URGENCIAS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5CH CENTRO DE SALUD CHIRCALES				
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:	22676	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26031	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29696	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33837	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38040	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41126	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1.975.952	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43130	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.951.904	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45014	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031151109		ARANDA WALTERO GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle2a#72-36 interior 4 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7526754	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1109253781	9477483102	1	2024/12/04	2024/12/09	BANCO AV VILLAS	5	$403,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1031151109	ARANDA GUSTAVO	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/12/07 04:20 PM