	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-027 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1,016,050,319**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1542 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/3/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7,194,624	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	20/03/2024 VEINTE DE MARZO DE DOS MIL VEINTICUATRO		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 41,444,032		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3,934,560
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	13754	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y ONCE (11) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**7**	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	20985	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3,597,312	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23869	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4,796,416	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29149	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y ONCE (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3,616,048	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	32995	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10,791,936	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36528	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7,175,888	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46876	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ 674,496	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS

¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

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 realiza un seguimiento por base de datos con los pacientes y registro de asistencia a consultas, así como registro generado por RIPS, así como lleva un registro manual y digital de los pacientes vistos y atendidos a diario.
2	Se lleva un registro por acta en cada actividad desarrollada de forma mensual, así como lleva el registro por medio de los correos en los que se reportan los casos.
3	Se lleva registro y control por el sistema Dianamica y en los RIPS completamente diligenciados
4	Se hace el debido seguimiento diario al ingreso y salida del cumplimiento de dicha obligacion
5	Se lleva el registro de atencion de pacientes tanto manual como digital en el que consta las atenciones y el numero de pacientes diario
6	Se hace el seguimiento periodico del uso de los EPP y del lavado de manos y realiza un seguimiento periodico de la satisfaccion de la atencion por parte de los pacientes
7	Se realiza seguimiento mensual y periodico de los aportes como consta en las planillas.
8	**Laborar 210 horas realizadas por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No.PS 1542 2024.**

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10680210 82		**OPERADOR:**	Pago Simple	
CONCEPTO DEL PAGO		**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:		SANITAS	09-12-24		180900
PENSIÓN:		PROTECCION	09-12-24		231000
RIESGOS LABORALES:		SURA	**RIESGO V**		$ -
OTRO		CCF - COMPENSAR			8800
		TOTAL PAGADO			420200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realice 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, ccf)
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 ocasion 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

Felipe Barrios Duran

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BARRIOS DURAN FELIPE ANTONIO
CC: 1016050319
CEL: 3044354113

	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:	**BARRIOS DURAN FELIPE ANTONIO**			**CC:**	**1016050319**
				RUT (NIT):	1016050319-7
CORREO ELECTRÓNICO:	fbarriosd@unbosque.edu.co			**TELÉFONO:**	3044354113
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 101 # 70 - 14			**CIUDAD:**	BOGOTÁ
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					
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCION 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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**057046247001962 3**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 1542 2024**	**N° CDP:**		**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (9) NUEVE MESES Y (11) ONCE DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/1/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 41.444.032**
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)	**$**					**3,934,560**
	TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE.					

Felipe Barrios Duran

BARRIOS DURAN FELIPE ANTONIO
C.C 1016050319
Cel: 3044354113

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION 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	BARRIOS DURAN FELIPE ANTONIO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,016,050,319

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICOLOGO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1542 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7,194,624
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	41,444,032	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	3,934,560
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(12)	Nº CRP INICIAL: 46876	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES Y ONCE (11) DÍAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	10688621082		OPERADOR:		Pago Simple
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA -LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	934	RP DE LA ADICIÓN:	20985	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.597.312	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	RP DE LA ADICIÓN:	23869	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 4.796.416	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	RP DE LA ADICIÓN:	29149	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES Y ONCE (11) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 3.616.048	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	RP DE LA ADICIÓN:	32995	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 10.791.936	CDP DE LA ADICIÓN:	2606	RP DE LA ADICIÓN:	36528	TIEMPO PRORROGADO:	(3) TRES MESES
VALOR ADICIONADO	$ 7.175.888	CDP DE LA ADICIÓN:	3755	RP DE LA ADICIÓN:	46876	TIEMPO PRORROGADO:	(2) DOS MESES
VALOR ADICIONADO	$ 674.496	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	N.A

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N.A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N.A
FECHA DE LA PÓLIZA	N.A	ACTO ADMINISTRATIVO DE		N.A

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 (1 12 2024) AL (31 12 2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA).
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-06, 07:03:50 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016050319
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068021082
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1107330788
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 420.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 230.300	$ 700
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 179.900	$ 500
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 8.700	$ 100
			SubTotales:	$ 418.900	$ 1.300
			Total a Pagar:		$ 420.200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envio y pago de su planilla.

Simple.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-12-09, 11:00:04 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2024
Empresa	FELIPE ANTONIO BARRIOS DURAN
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016050319
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1068701652
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	1112042566
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 38.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 21.600	$ 100
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 16.900	$ 100
			SubTotales:	$ 38.500	$ 200
			Total a Pagar:		$ 38.700

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!