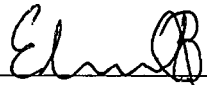
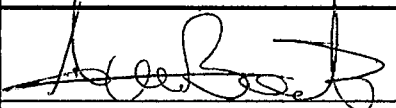
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		80.818.947
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5354 2024	FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.478.985	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.722.262
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP: 44664 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MES Y DIECINUEVE (19) DÍAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 2 PRORROGAS 2
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49617 TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
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 específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	CARGUE DE USUARIOS EN PESTAÑAS DE PROFESIONALES	
2	CARGUE DE PREDIOS A PROFESIONALES EN APLICATIVO GITAPPS	
3	CRUCE DE BASES DE DATOS PARA ALIMENTAR LA BASE DE ASIGNACIÓN A PROFESIONALES	
4	CARGUE DE INFORMACIÓN EN APLICATIVO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN	
5	CONSOLIDADO DE ARCHIVOS PLANOS DESCARGADOS DE APLICATIVO	
6	APOYO REVISIÓN BASE CANALIZACIONES - MIGRANTES	
7	DIPURACIÓN BASE ASIGNACIÓN DE CASOS	
8	RESIGNACIÓN DE PREDIOS	
9	BUSQUEDA DE TELÉFONOS Y DIRECCIONES PARA USUARIOS ASIGNADOS	
10	INVENTARIO EQUIPOS DE COMPUTO	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1067941431	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	07/12/2024 \$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07/12/2024 \$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	07/12/2024 \$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	07/12/2024 \$ 26.000
TOTAL PAGADO		\$ 428.200
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 1bc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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		
		
EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 80.818.947 CEL: 3505166626		

 Secretaría de Salud Sistema Integrado 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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE			CC:	80.818.947
CORREO ELECTRÓNICO:	eduardoab7@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 100 148 57			TELÉFONO:	3505166626
				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 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:	NU BANK		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					62876341
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5354 2024	N° CDP:	4120	N° RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
					DOS (2) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO:	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 6.478.985
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.722.262				
	UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE				
 NOMBRE: EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE CC 80.818.947 CEL 3505166626					

	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			EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			80.818.947			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5354 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.478.985		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.722.262
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4	Nº CRP INICIAL:	44664	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067941431		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49617
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	
					TIEMPO	PRORROGA (2) NUEVE (9) DIAS
					TIEMPO	UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE				
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 10/12/2024 AL 31/12/2024						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:						
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO				
						
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: ANA ROSA BARRETO CALDERON PERFIL: PROFESIONAL APOYO				

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-12-07, 09:10:15 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1067941431
Período Cotización 202411 Período Servicio 202411

Cliente:

PAGADA 2024-12-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDUARDO ANDRES BELTRAN ZARATE				
Documento	CC 80818947	Dirección	CR 100 #148 - 57 BQ 10 AP 303		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3057139290		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80818947	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				BELTRAN ZARATE EDUARDO ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
ING	RET	ISE	TA	IA	IS	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP	ISAP				Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	SEGUROS BOLIVAR	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 26.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

5354

