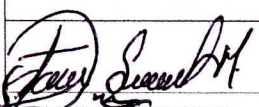


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
IVAN DARIO SARMIENTO MORENO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.884.942		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTION 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 5274 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
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:	
				44791	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
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	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA ADICIÓN:	
				4120	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA ADICIÓN:	
				4120	
PRORROGAS		2		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
III. POLIZAS					
¿PACTO 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 PERÍODO, 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 SE REALIZA REUNION DE EQUIPO EN EL BARRIO SAN JOSE OBRERO Y SE REALIZA LA ENTREGA DE LOS INSUMOS BIOMEDICOS EN LA SEDE DE SAN JOSE OBRERO.					
2 SE REALIZA CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UNIDADES CORRESPONDIENTES AL BARRIO SANTA ANA SUR Y DADA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA.					
3 ASISTENCIA EN JORNADA PAGADARIOS LOCALIDAD SANTA FE					
4 SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO DE LOS FORMATOS (PLANILLAS) DEL MES DE DICIEMBRE					
5 SE HACE ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES DE DICIEMBRE SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ENTREGA DE LAS TECNICOS ADMINISTRATIVOS Y SE PARTICIPA EN LA REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LOS LIDERES.					
6 SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDAS					
7 SE REALIZA LA META CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACIÓN DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		82092562		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		09/12/2024	
PENSIÓN:		PORVENIR		09/12/2024	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		09/12/2024	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 402.200	
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 Ibc 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 secep 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					
					
IVAN DARIO SARMIENTO MORENO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.023.884.942 CEL: 3027101056					

		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:	IVAN DARIO SARMIENTO MORENO		CC:	1.023.884.942	
CORREO ELECTRÓNICO:	mhsm2316@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 SUR 10 36 AP 102		TELÉFONO:	3027101056	
			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.					
Régimen 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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 488402048067
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 5274 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	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: IVAN DARIO SARMIENTO MORENO CC: 1.023.884.942 CEL: 3027101056					

		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			IVAN DARIO SARMIENTO MORENO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.884.942		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5274 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024
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:	44791	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:	82092562	OPERADOR:	MI PLANILLA		
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):		ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RF DE LA	49673
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RF DE LA	49673
		TIEMPO		NUEVE (9) DIAS	
		TIEMPO		UN (1) MES	
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				
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: JOSE ANTONIO TORRES PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

DATOS DE APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALUD			
CC	102388942	IVAN DARIO SARMIENTO MORENO	C/ 4 65 SUR	3027101056	DARIL.0R06@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		BOGOTÁ D.C.		
UNICA	1 - Independiente			B. GOTA D. C.	NO				

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAG. ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TPO PLANILLA	FECHA PAG. (DIA/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1	09/12/2024
2024-11	2024-11		82092562
			\$402.200
CANTIDAD		EXPEDIDOS	1
TOTAL A PAGAR			0

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	MIT	Categorización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Hora	Valor Hora	Cotización	Valor Moneda	Total a Pagar	No. Afiliados
El 5008	Compensar EPS	660086942.7	162.500	0	10. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	162.500	1

TOTALES PENSION							Código AFP	No nro	Pagador		ZC0301
Colaboradora	Aporte Voluntario	Aporte FSP - Subsidancia	Aporte FSP - Solidaridad	Clase Mora	Valor Mora Colaboración	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No Afiliados	208.000	1	
NT	0	0	0	0	0	0	208.000	B01224B09-6	208.000	1	

[illegible]

Código CCF		Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<div style="text-align: right;"> TOTALES CAJAS </div>								

TOTALES PARA FISCALIZACION				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162,500
Pensión	1	208,000	208,000
Riesgos Laborales	1	31,700	31,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402,200	402,200

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