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 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

YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.048.848.612**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1035 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTI	**$ 9.430.680**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES MESES (3)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 9.430.680**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.143.560**
N° DE INFORME:	N 2	**N° CRP:**	4428	**N° CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**		**PRORROGAS**		

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS 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	

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)

ITEM	
1	Se realizó la revisión, análisis y respuesta en la matriz de la recepción de glosa inicial con un total de 1897 Ítems y 884 facturas con un valor de $829.485.491,57 discriminado así: Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud por 288 Ítems por un valor $ 163.981.027 y 78 facturas // Alianza Medellin Antioquia EPS por 19 Ítems por un valor $ 903.487,01 y 16 facturas // Axa Colpatria Seguros de Vida S.A. por 05 Ítems por un valor $ 2.635.550 y 05 facturas // Axa Colpatria Seguros S.A. por 04 Ítems por un valor $ 5.906.825 y 02 facturas // Compañía Mundial de Seguros S.A. por 29 Ítems por un valor $ 47.766.328 y 13 facturas // Entidad Promotora de Salud Sanitas por 1043 Ítems por un valor $ 373.423.483,56 y 484 facturas // La Previsora S.A. por 09 Ítems por un valor $ 16.090.638 y 09 facturas // Pijaos Salud EPS por 03 Ítems por un valor $ 2.216.016 y 02 facturas // Positiva Compañia de Seguros S.A. por 13 Ítems por un valor $ 1.095.522 y 04 facturas // Salud Total por 445 Ítems por un valor $ 201.900.403 y 252 facturas // Seguros Comerciales Bolivar S.A. por 13 Ítems por un valor $ 7.207.926 y 13 facturas // Seguros del Estado por 01 Ítems por un valor $ 79.100 y 01 facturas // SOS por 25 Ítems por un valor $ 6.279.156 y 05 facturas, Se responde glosa inicial y reiteración del mes de Febrero de las entidades asignadas
2	Se realiza revision y verificación de valores de glosa y cantidad de facturas glosadas de las referencias entregadas de las entidades asignadas las cuales no hay novedades para reportar a radicación.
3	Se diligencia la matriz de glosa inicial de acuerdo a los lineamientos establecidos por la norma para llevar un orden y control, así mismo se diligencia los campos de respuesta de glosa y analisis del tecnologo con sus respectivas observaciones.
4	Se verifica en los sistemas de informacion los soportes administrativos para soportar la respuesta de glosa, en caso de que no se evidencie los soportes se reporta por correo para que sea justificada su realizacion
5	Se crea carpeta por referencia y subcarpeta por cada factura con sus respectivos soportes, verificando que cada carpeta cuente con los soportes correspondientes
6	Se realiza la radicacion de las referencias de las entidades trabajadas via por medio electronico institucional y plataformas de respuesta e glosa de las entidades que aplican
7	Se organiza y se guarda los archivos de forma digital de acuerdo al lineamiento del area, dentro de las carpetas por entidades
8	Se adelanta la revision ,analisis y respuesta de la glosa reiterada por parte de pagador pijaos, sos
9	Se enviara al cierre del mes de febrero al correo de cuentassecretaria@subredcentrooriente.gov.co la matriz diligeciada y radicacos de respuesta de glosa (se verifica avance de la matriz para cuenta de cobro)
10	Se envia al auditor las carpetas, con sus respectivos archivos para la revision por parte de el, tambien se realizo seguimiento y apoyo para el cierre de conciliacion de la Sanitas, Aliansalud, ADRES, SOS
11	Se organiza y se guarda los archivos de forma digital de acuerdo al lineamiento del area, dentro de las carpetas por entidades
12	En el corte establecido no se realizaron reuniones o capacitaciones.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**75631804**	**OPERADOR:**	**ARUS**		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SURA**	**4/02/2025**		**$**	**178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**4/02/2025**		**$**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	**4/02/2025**		**$**	**34.700**
OTRO	**CCF - COMPENSAR**	**4/02/2025**		**$**	**8.600**
TOTAL PAGADO				**$**	**449.100**

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 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

YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA
CC: 1.048.848.612
CEL: 3115560802

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA**	**CC:**	**1048848612**
		RUT (NIT):	**1048848612**
CORREO ELECTRÓNICO:	yubsanchez2@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3502682719**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 31 C Sur No 13b-21	**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 (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**488414767324**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	**PS 1035 2025**	**N° CDP:**	**3**	**N°. RP:**	**4428**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**	**TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRAT	**1/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 9.430.680**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025**						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**						**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS						

YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA
CC: 1.048.848.612
CEL: 3115560802

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
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.048.848.612**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1035 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			9.430.680
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.430.680		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.143.560
N° PAGO / N° DE INFORME:	N 2	**N° CRP INICIAL:**	4428	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**75631804**	**OPERADOR:**		**ARUS**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		**DIRECCION FINANCIERA - CUENTAS MEDICAS**			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO E**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**					
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**	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**		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 **(01/02/2025) AL (28/02/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E)
	JOHANA TRIANA RODRIGUEZ REFERENTE CUENTAS MEDICAS

enlace operativa

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 03:14:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 75631804

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025

PAGADO 04/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA		
Documento	CC1048848612	**Dirección**	CL 31C SUR #13 B - 21 CASA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2891100
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio
CC 1048848612	YUBER ANDREY SANCHEZ SOSA	59	00																0		30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 178.000	2.436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.423.500	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100	$ 0	$ 449.100

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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