1348

Secretaría de Salud E.S.E. red 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

DAVID ALFONSO CARRANZA CAICEDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.012.381.138				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1348 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.927.856		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.975.952
N° DE INFORME:	DOS (2)	N° CRP:	6058	N° CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. PÓLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

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	Generé y/o verifiqué la apertura de los ingresos y/o admisiones en el sistema DGH y los soportes del paquete administrativo cargados por el área de autorizaciones de los usuarios a facturar
2	Informé al area de trabajo social las novedades presentadas durante el periodo
3	Realicé la verificación y confirmación de las ordenes de servicio de los ingresos a facturar
4	Generé los egresos dentro de los tiempos establecidos en el sistema de información DGH a las salidas de los pacientes reportadas por el área sistencial
5	Entregué las salidas a los pacientes para ser presentadas al area de seguridad
6	Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes de urgencias verificando (según aplique) el cargue de sus repectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH
7	Generé los recibos de caja, y/o pagares con su correspondiente solicitud de crédito realizando la entrega de los formatos debidamente diligenciados a la persona encargada
8	Entregue el dinero recaudado en los formatos establecidos a la persona encargada del área de tesoreria
9	Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado
10	Asistí a dos reuniones programadas por el área

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480776299	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	10/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	SKANDIA	10/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025	$ 34.700
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

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 scoop 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

DAVID CARRANZA

DAVID ALFONSO CARRANZA CAICEDO
C.C 1.012.381.138
cel: 3504640798

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:	**DAVID ALFONSO CARRANZA CAICEDO**			**CC:**	**1012381138**
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	dayvid1973@gmail.com			**TELÉFONO:**	**3504640798**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cll 70 b sur # 78 c 45			**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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**4535814266**
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)							
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1348 2025**	**Nº CDP:**	**3**	**Nº. RP:**	**6058**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02 DE ENERO DE 2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31 DE MARZO DE 2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 5.927.856**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/02/2025**	**AL**	**28/02/2025**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**						**1.975.952**
	UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MDA / CTE						

DAVID CARRANZA

DAVID ALFONSO CARRANZA CAICEDO
C.C 1.012.381.138
cel: 3504640798

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	DAVID ALFONSO CARRANZA CAICEDO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.012.381.138

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1348 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.927.856
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.927.856		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.975.952
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)	Nº CRP INICIAL:	6058	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480776299		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4SM CENTRO DE SALUD SAMPER MENDOZA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				0	0
VALOR ADICIONADO	0	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	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		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?	✓	
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?	✓	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	✓	
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?	✓	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	✓	

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 1/02/2025 AL 28/02/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E) YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

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 1012381138		CARRANZA CAICEDO DAVID ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 65 G # 78 K - 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7190953	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1257116002	9480776299	I	2025/02/11	2025/02/10	NEQUI	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
SKANDIA	230901	800,253,055,	2	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

2025/02/10 04:08 PM

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 1012381138		CARRANZA CAICEDO DAVID ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 65 G # 78 K - 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7190953	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
025-01	2025-01	1257116002	9480776299	I	2025/02/11	2025/02/10	NEQUI	0	$440,500

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		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700	$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700	$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700	$0	$0
1	CC	1012381138	CARRANZA DAVID	230901	30 $1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0 $0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700	$0	$0