1364

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

JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	79.953.289				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1364 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946	
Nº DE INFORME:	DOS (2)	**Nº CRP:**	6073	**Nº CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ 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 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	REALICE 231 APERTURAS DE INGRESOS DE TRIAGE REALIZANDO LA VALIDACION EN LAS DIFERENTES PAGINAS DE COMPROBADORES
2	GENERE 69 ASIGNACIONES DE CITAS PRIORITARIAS Y DIFERENTES ESPECIALIZACIONES
3	APOYE EN LA SOLUCION DE CASOS PARA CONSECUCION DE CITAS PARA LA EPS COOSALUD
4	REALICE 34 RECIBOS DE CAJA CON EL RESPECTIVO SOPORTE DE PAGO Y RELACION DE BILLETES PARA ENVIO A TESORERIA
5	GENERE 317 CIERRES DE FACTURAS PARA RADICACION A LAS DIFERENTES EPS PARA SU LEGALIZACION
6	APOYE CON FACTURACION DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA PARA CONSULTA EXTERNA Y REALICE LA RESPECTIVA FACTURACION
7	APOYE CON FACTURACION DEL SERVICIO DE TERAPIAS RESPIRATORIAS
8	REALICE FACTURACION DE LOS DIFERENTES SERVICIOS DE PROCEDIMIENTOS MEDICOS (INYECTOLOGIA, ELECTROCARDIOGRAMA, LAVADO DE OIDOS)
9	REALICE EL DILIGENCIAMIENTO DE 0 PAGARES CON SUS SOLICITUDES DE CREDITO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	8634699725	**OPERADOR:**	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	12/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/02/2025	$ 34.700
OTRO			$
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del 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 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 periodo correspondiente

JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
C.C. 79.953.289
Cel: 3502653332

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:	**JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA**	**CC:**	**79953289**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jaimezam1979@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3502653332**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 87 d bis # 56 b 27 sur	**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:**	**550488425337992**
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 1364 2025**	**N° CDP:**	**3**	**N°. RP:**	**6073**	**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:**	**$ 6.668.838**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/02/2025**	**AL**	**28/02/2025**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**						**2.222.946**
	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDÓS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MDA / CTE						

JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
C.C 79.953.289
cel: 3502653332

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	**JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.953.289**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1364 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**02 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.668.838		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.222.946
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)	**Nº CRP INICIAL:**	6073	**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:	**8634699725**		**OPERADOR:**	**ASOPAGOS**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY**				
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 secop 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 CANO HERRERA** **REFERENTE FACTURACION**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	JAIME ALBERTO ZAMBRANO AVELLA
IDENTIFICACIÓN:	CC-79953289
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	subred
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	jaime
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-21
FECHA DE PAGO:	2025-02-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	8634699725
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8625659253
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	21/03/2025