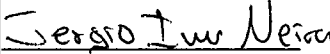

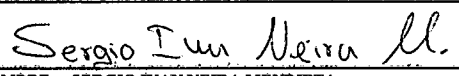
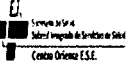
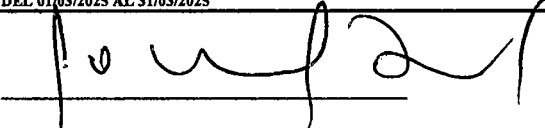
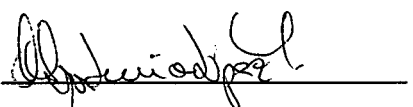
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			16.535.390		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4488 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				2/2/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.275.064	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y OCHO (8) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.756.731	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.585.577	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	10525	Nº CDP: 248
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DOS (2) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.481.667	CDP DE LA ADICIÓN:	826	CRP DE LA ADICIÓN:	11534
				TIEMPO PRORROGA DO:	UN (1) MES Y VENTICUATRO (24) DIAS
III. POLIZAS					
¿FACTÓ 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	Se apoyo en el cargue de cuentas de cobro de subred centro Oriente en el sistema Secop II del mes de marzo de 2025				
2	se compila las evidencias de los 01 al 31 de marzo de 2025				
3	se recopila las evidencias de los contratistas en el Drive del convenio de los días del 01 al 31 de marzo de 2025				
4	se radico los informes contables y financiero en la Secretaria de Educación Distrital para el mes de marzo de 2025				
5	Se recopila y se la evidencias en el Drive carpeta contrato 4488 de 2025				
6	Se organizo y los archivos fisicos del convenio 6591670 de 2024				
7	Se elaboro base de datos de las evidencias de los promotores de bienestar para el mes de marzo de 2025				
8	Se apoyo en la revisión de carpetas para la contratación de la SubRed Centro Oriente en el mes de marzo de 2025				
9	Se apoyo en la revisión de las cuentas de cobro de la SubRed Centro Oriente del mes de marzo de 2025				
10	Se cargo las evidencias de los apoyos territoriales en el Drive del mes de marzo de 2025				
11	Se reviso y se cargo las evidencias en el Drive del Convenio para entrega a la Secretaria de Educación Distrital				
12	Se apoyo en las actividades administrativas como enlace de la Subred Centro Oriente para le mes de Marzo de 2025, revisión de carpetas para contratación, elaboración de necesidades, revisión base de contratación, revisión cuentas de cobro, cargue de cuentas de cobro en el sistema Secop II.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	84852374		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SURA	10/03/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/03/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/03/2025	\$ 34.700		
OTRO	N/A	N/A	\$ -		
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, art, 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)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
 SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 16.535.390 CEL: 3168698435					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA		CC: 16.535.390
CORREO ELECTRÓNICO:	suneftacchini@gmail.com		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 8c No. 51d-08		TELÉFONO: 3168699435
			CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.			
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:	BANCO DE OCCIDENTE	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		N° CUENTA:	230856601
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 4488 2025	N° CDP:	826
		N° RP:	11534
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DOS (2) DIAS
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 7.756.731
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.585.577		
DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE			
			
NOMBRE: SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA CC 16.535.390 CEL 3168699435			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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				SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				16.535.390		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4488 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 3.275.064			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.756.731		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.585.577	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2		Nº CRP INICIAL:	10525	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	248
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DOS (2) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84852374		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 4.481.667	CDP DE LA ADICIÓN:	826	RP DE LA ADICIÓN:	11534	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿FACTO 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
			 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	16535390	SERGIO IVAN NEIRA MENDIETA		Calle 8c # 81b-08	3168699435	supertacohini@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84852374	\$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500