

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: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JOHAN ANDRES RODRIGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.069.730.927	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4863 2025	FECHA INICIO CONTRATO	13/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.596.109	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.596.109	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.997.952
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		

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:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACION:	

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
 (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

ÍTEM	
1	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE
2	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ETNICOS DIFERENCIALES.
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 2024
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI
5	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE.
6	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DENLOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.
7	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.
8	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)
9	APOYAR A LOS PERFILES ANCESTRALES EN EL PROCESO DE COMPA DE LOS PRODUCTOS ANCESTRALES.
10	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS PERTINENTEMENTE EN LAS FAMILIAS QUE LO REQUIERAN, DURANTÉ ESTE PERIODO.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071146616	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/03/2025	\$ 178.600
PENSIÓN:	PORVENIR	12/03/2025	\$ 228.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/03/2025	\$ 34.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 442.100

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

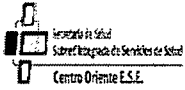
VII. ANEXOS

(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

Johan Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHAN ANDRES RODRIGUEZ
CC: 1.069.730.927
CEL 3187296546



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHAN ANDRES RODRIGUEZ	CC:	1.069.730.927
CORREO ELECTRÓNICO:	jandresrodriguez@javeriana.edu.co	RUT (NIT):	1.069.730.927
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 79A 65 35	TELÉFONO:	3187296546
		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 párrafo 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550488423965950
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)

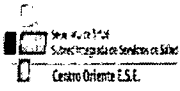
Nº DEL CONTRATO:	PS 4863 2025	Nº CDP:	250	Nº. CRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.596.109
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 3.997.952					
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					

Johan Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHAN ANDRES RODRIGUEZ

CC: 1.069.730.927

CEL: 3187296546



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 JOHAN ANDRES RODRIGUEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.069.730.927

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4863 2025	FECHA INICIO CONTRATO	13/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.596.109		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.596.109	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.997.952
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2 de 2	Nº CRP INICIAL:	0
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PROROGAS	UN (1) MES Y VEINTISEIS (26) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071146616	OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

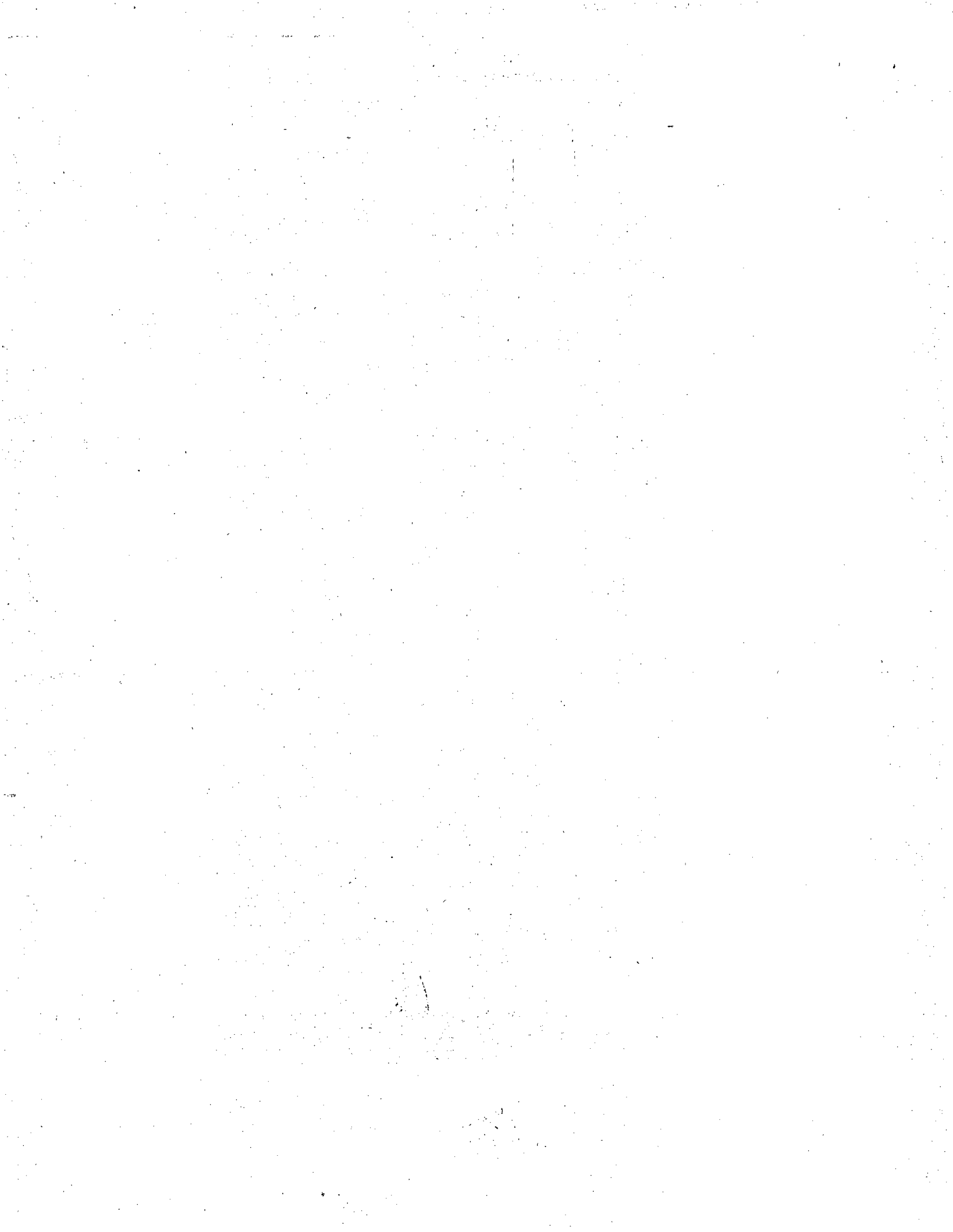
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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	

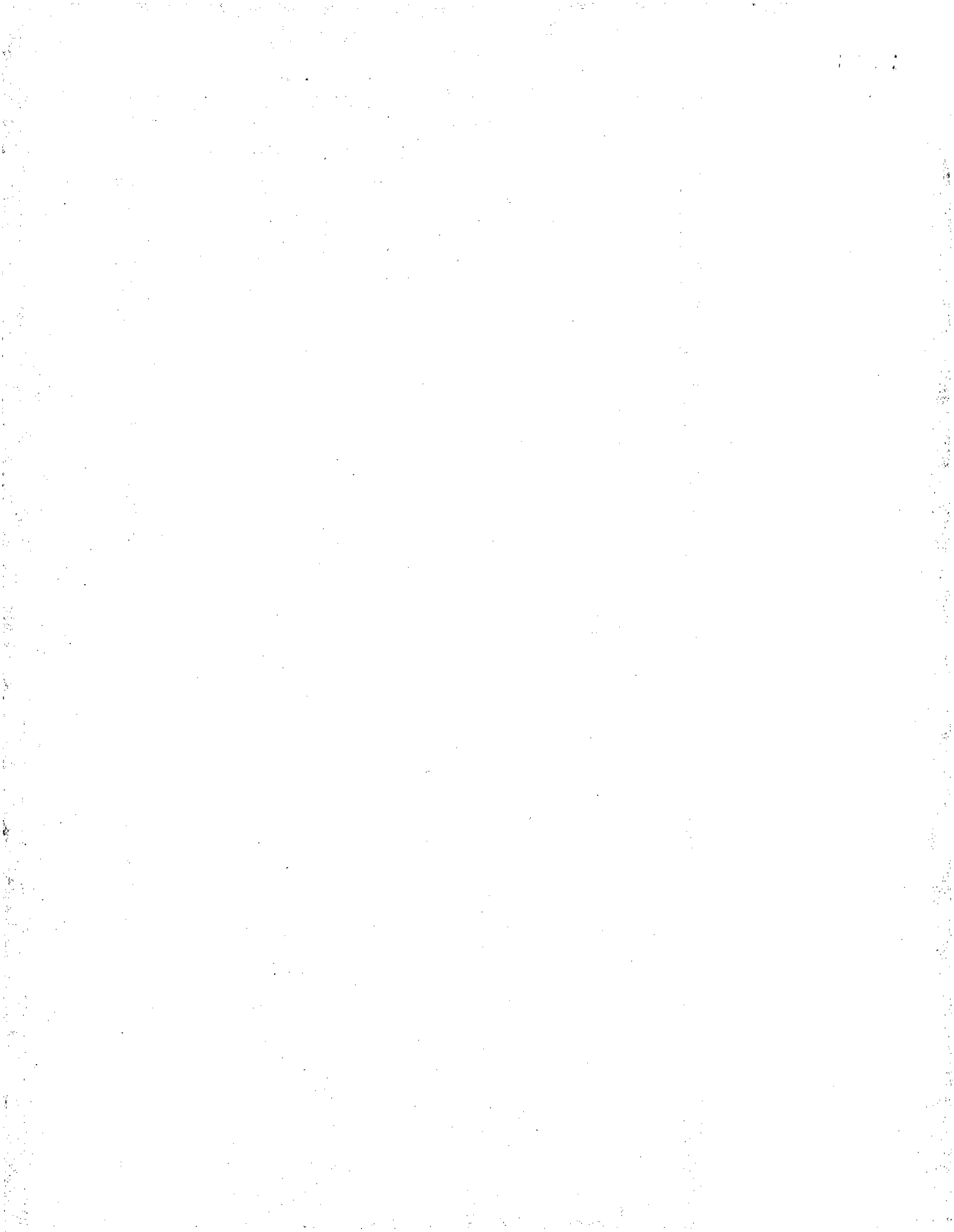
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/03/2025 al 31/03/2025

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:
 LILIANA TELLEZ VALBUENA
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR





Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1331901368

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

12/03/2025

Número de aprobación

00901368

Dirección IP

152.201.67.125

Valor transacción

\$ 442.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.0.19.58

Referencia 2

CC

Referencia 3

1069730927

