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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			ALEXANDER PALACIOS PALACIOS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.038.810.601		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1247 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$			11.680.200,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.893.400,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3)	N° CRP INICIAL:	5969	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3 MESES)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9481857857			APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			GESTION DE CALIDAD		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA XIMENA CIFUENTE GARCIA- JEFE OFICINA DE CALIDAD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		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:	
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE	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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
SANDRA XIMENA CIFUENTE GARCIA
CARGO:
JEFE OFICINA DE CALIDAD

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
ALEJANDRO PEDREROS
PERFIL:
REFERENTE DE HUMANIZACION

	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 ALEXANDER PALACIOS PALACIOS						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.038.810.601			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1247 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	11.680.200	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$	11.680.200	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**			$ 3.893.400
Nº DE INFORME:	3		**Nº CRP:**	5969	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRA XIMENA CIFUENTES GARCÍA - JEFE DE CALIDA				

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:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
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 PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A	

ITEM	**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)**
1	Se realiza 16 pausas humanizadas en las unidades de Santa clara, San Blas, La Victoria, JEG y Materno infantil en los servicio asignados.
2	Se realizo 16 capacitacion en politica y decalogo de humanizacion en las unidades asignada.
3	Se realiza y se presenta cronograma de humanizacion para las pausas humanizadas en las unidades asigandas y se realizan 2 pausas humanizadas por dias en diferentes servicios.

4	Se realizan 30 capacitaciones al personal asistencial en politica y decalogo de huamanizacion en las unidades asignadas.
5	Se realizo acompañamiento en compañamiento de seguridad del paciente en dos mesas de analisis, se asiste a las rondas de seguridad del paciente en las unidades programadas
6	Se asiste a reunines programadas desde humanizacion y oficina, se realiza cronograma del mes, se realiza el informe de las pausas humanizadas mensual y trimestral.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9481857857	**OPERADOR:**	Aportes en linea

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	04/03/2025	$ 194.700
PENSIÓN:	PORVENIR	04/03/2025	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	04/03/2025	$ 38.000
OTRO	N/A	N/A	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 491.900

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 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 periodo correspondiente

Alexander Palacios

ALEXANDER PALACIOS PALACIOS
CC:1038810601
CEL:3212609348

	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: (31/03/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	Alexander Palacios Palacios			CC:	1038810601
				RUT (NIT):	1038810601
CORREO ELECTRÓNICO:	appalacios10@hotmail.com			TELÉFONO:	3212609348
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 63c #70c35			CIUDAD:	Bogota D.C
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					
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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	*58471869196*

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 1247 2025	Nº CDP:	2	Nº. RP:	5069	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 11.680.200	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 3.893.400						
	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS.						

Alexander Palacios

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Alexander Palacios Palacios
C.C: 1038810601
cel: 3212609348

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 1038810601		PALACIOS PALACIOS ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 63c #70c-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212609348	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1310706316	9481857857	I	2025/03/04	2025/03/04	BANCOLOMBIA	0	$481,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$0	$0	$249,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,200	$0	$0	$249,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$0	$0	$38,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,000	$0	$0	$38,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$0	$0	$194,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$194,700	$0	$0	$194,700
TOTAL				1	$481,900	$0	$0	$481,900