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:	**TRES (3)**	**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:**	**0**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**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 258 APERTURAS DE INGRESOS DE TRIAGE REALIZANDO LA VALIDACION EN LAS DIFERENTES PAGINAS DE COMPROBADORES
2	GENERE 73 ASIGNACIONES DE CITAS PRIORITARIAS Y DIFERENTES ESPECIALIZACIONES
3	APOYE EN LA SOLUCION DE CASOS PARA CONSECUCION DE CITAS PARA LA EPS COOSALUD
4	REALICE 42 RECIBOS DE CAJA CON EL RESPECTIVO SOPORTE DE PAGO Y RELACION DE BILLETES PARA ENVIO A TESORERIA
5	GENERE 321 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:	8635137808	**OPERADOR:**	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	10/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	10/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/03/2025	$ 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 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

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

Centro de Salud
Libres, organizados, fortalecidos en 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: 31/03/2025

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	**Nº 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)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1364 2025	**Nº CDP:**	3	**Nº. 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**	1/03/2025	**AL**	31/03/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY 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

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 PRESTACION 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 PRESTACIÓN 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:	TRES (3)	**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:	**8635137808**		**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):**		**ADICION:**	0	**PRORROGA**	0
VALOR ADICIONADO	-	**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?	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 **1/03/2025** **AL** **31/03/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**WILLIAM HUMBERTO 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:	2025-03-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-21
FECHA DE PAGO:	2025-03-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	8635137808
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

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	23/04/2025