5018

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

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.000.020.599		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 5018 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.646.667	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.646.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.520.000	
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	11549	Nº CDP:	820
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	07 DE MARZO DE 2025	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se realiza respectivo llamado en ventanilla manteniendo el orden de los turnos entregados
2	Se cumple con el manejo de verificacion en ordenes medicas cunado el usuario llega a su respectiva cita a la unidad
3	Se indaga en las plataformas de internet afiliacion vigente del usuario
4	Se realiza validacion deacuerdo a normatividad vigente
5	Se complementa la actualizacion en la ficha DGH con la actualizacion de datos
6	Al inicio de jornada se empieza con facturacion correspondiente de los usuarios que tiene agendado cita en la unidad
7	Se realiza facturacion de citas al usuario y se soportan deacuerdo a lo que rige la norma con facturas evento
8	En la generacion de copagos a usuarios se da recibo de caja correspondiente,al finalizar jornada se entrega dinero generado en copagos
9	Al finzalizar jornada se hace relacion de dinero en los fomatos correspondientes para entrega de las mismos
10	Se soporta y relacion en formato entrega de facturas soportadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	NUEVO	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		$ -
PENSIÓN:	PORVENIR		$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ -
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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 período correspondiente

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA
C.C 1.000.020.599
Tel: 3043546160

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 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:	**DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA**	**CC:**	**1000020599**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SANTIMEYU71@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3043546160**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 33B 13J 11 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 titulo 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:	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**175014685**
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 5018 2025**	**Nº CDP:**	**820**	**Nº. RP:**	**11549**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**VEINTICINCO (25) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**07 DE MARZO DE 2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31 DE MARZO DE 2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 1.646.667**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**7/03/2025**	**AL**	**31/03/2025**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**						**1.520.000**
	UN MILLÓN QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS MDA / CTE						

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA
C.C 1.000.020.599
cel: 3043546160

5018

Secretaría Distrital 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	DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.020.599

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 5018 2025	FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.646.667				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 1.646.667	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.520.000		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	11549	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	NUEVO	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	07 DE MARZO DE 2025	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 legalizaeión del meneionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presento 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 7/03/2025 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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS,**

CERTIFICA

Que David Santiago Mejia Tuta, identificado(a) con CC número 1000020599, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000020599
NOMBRES Y APELLIDOS	David Santiago Mejia Tuta
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	30/01/2003
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/07/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2022
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1000020599 Trabajador Independiente Desde 20/02/2025 - Vigente N.I.T. 800216673 INSTITUTO COLOMBIANO DE APRENDIZAJE (INCAP) SAS Desde 14/11/2024 Hasta 14/02/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1000020599 DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA Desde 11/08/2023 Hasta 30/11/2024

Generado por interfaces 17/03/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

ARL | sura

Medellín, 17 de marzo de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA identificado(a) con C1000020599 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10000205992507652939

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.11

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800 224 808-8

CERTIFICA QUE:

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.020.599**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 17 de Marzo del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.