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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

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

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA

		CON C.C Nº	1.054.550.469		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 3206 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 11.680.200,00**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 11.680.200**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$	3.893.400
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	5057	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	814	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12359	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
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 (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	-	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	-
FECHA DE LA PÓLIZA	-	**FECHA DE APROBACIÓN:**	-

ITEM	**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)**
1	Se realiza seguimiento y control a la notificacion de cartera y cuentas por cobrar a las entidades Asmet Salud, Emsssanar, Eps Suramericana.
2	Se realiza seguimiento y circularización de cartera de las entidades Sanitas EPS, Eps suramericana, Emssanar SAS, Asmet Salud, Comfachoco, Comfenalco Valle, Comfaoriente, EPS Familiar de Colombia .
3	Se realiza aplicación de pagos de las entidades Eps Familiar de Colombia, Asmet Salud, Comfaoriente
4	Se diligencia matriz de seguimiento modelo cartera de las entidades Sanitas EPS, Eps suramericana, Emssanar SAS, Asmet Salud, Comfachoco, Comfenalco Valle, Comfaoriente, EPS Familiar de Colombia .
5	Se da respuesta a planes de mejoramiento cuarto trimestre 2024
6	Se circulariza la entidad Eps Suramericana y Asmet Salud, Emssanar, Familiar de Colombia, Comfaoriente, Comfenalco Valle Comfachoco
7	Se informa al referente del area el estado actual y compartamiento de las empresas asignadas
8	Se asiste a las diferentes citas de conciliacion para depuracion de cartera de las diferentes entidades, de acuerdo a la programacion de las mismas
9	Se realiza gestion de archivo según la correspondencia recibida de cada entidad.
10	Se comunica al lider de area el proceso que se lleva a cabo con las ERP en cuanto logros y dificultades con cada un, ademas de comunicación de posibles alternaticas para mejorar el proceso de recaudo.
11	Se asiste a las reuniones y capacitaciones según programacion del lider de area.
12	Se realiza seguimiento a los planes de mejora solicitados
13	Se da tramite y respuesta a los requerimientos de los entes de control, revisoria fiscal

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9484186897	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	10/04/2025	**$ 194.700**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	10/04/2025	**$ 249.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	10/04/2025	**$ 38.000**
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR	**COMPENSAR**	10/04/2025	**$ 31.200**
	TOTAL PAGADO		**$ 513.100**

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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

FIRMA DEL CONTRATISTA: SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
CC: 1.054.550.469
CEL: 3103260872

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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 5 FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA	**CC:**	1054550469
CORREO ELECTRÓNICO:	julianrojas061@gmail.com	**TELÉFONO:**	3103260872
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 20 SUR 51D-02	**CIUDAD:**	Bogotá, 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 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:	***DAVIVIENDA***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***0084 0070 1671***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 3206 2025**	**N° CDP:**	**814**	**N°. RP:**	**12359**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $23.360.400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS					
	$ 3.893.400					

SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA
C.C 1.054.550.469
Cel: 3103260872

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**	**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	**SERGIO JULIAN ROJAS MAHECHA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.054.550.469**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 3206 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.360.400,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 6)	**N° CRP INICIAL:** 5053	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484186897		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	814	**RP DE LA ADICIÓN:**	12359	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	0
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:**	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**		
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		XX	

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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **RONALD AGUILAR GOMEZ** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR **GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ** **PERFIL** **REFERENTE DE CARTERA**

aportes 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 1054550469		ROJAS MAHECHA SERGIO JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 20 SUR 51 D 02	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401953937	9484186897	I	2025/04/15	2025/04/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$513,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0
1	CC 1054550469	ROJAS SERGIO	230301	30	$1,557,360	$249,200	EPS005	30	$1,557,360	$194,700	CCF24	30	$1,557,360	$31,200	14-23	30	$1,557,360	$38,000	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360	$38,000		$0	$0

aportes 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 1054550469		ROJAS MAHECHA SERGIO JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 20 SUR 51 D 02	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1401953937	9484186897	I	2025/04/15	2025/04/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$513,100

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,200	$0	$0	$31,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,200	$0	$0	$31,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$0	$0	$194,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$194,700	$0	$0	$194,700
TOTAL				1	$513,100	$0	$0	$513,100