4.

Devolv.

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-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

JAIRO FIGUEROA MEDINA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**79.353.836**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4214 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**03 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 9.430.680**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 18.861.360**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.143.560**
N° DE INFORME:	**CUATRO (4)**	**N° CRP:**	**7496**	**N° CDP:**	**6**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS (6) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**UNO (1)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**UNO (1)**	**PRORROGAS**	**UNA (1)**	
VALOR ADICIONADO	**$ 9.430.680**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**794**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**13434**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES (3) MESES**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° 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	Durante el mes de Abril 2025, se revisaron y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los procedimientos de insumos y medicamentos
2	Durante el mes de Abril 2025, se revisaron 420 facturas de las diferentes entidades. Se Bajaron por PDF 478 facturas electronicas de la Dian de Aseguradoras. facturas radicadas en plataforma y se dio respuesta a las devoluciones realizadas por los tarifas
3	Se solicitaron Rips de diferentes entidades para dar continuidad con la respuesta de las devoluciones realizadas por las diferentes eps.
4	Durante el mes de Abril 2025, se da respuestas a facturas a las devoluciones por medio de las plataformas digitales y correo de cada entidad.
5	Se socializa por medio de correo electronico a la coordinacion del area las diferentes causales para no poder contestar y radicar las devoluciones en los tiempos establecidos
6	Se radican en los diferentes aplicativos las respuestas de devoluciones de las diferentes entidades
7	Se dio respuesta a las devoluciones en el sistema DGH en los tiempos establecidos según normatividad vigente
8	Durante la primera semana de Abril 2025, se realizo plan de contigencia para dar respuesta a las devoluciones de todas las entidades. por unificacion del proceso de devoluciones
9	Se asistio a las capacitaciones programadas por las diferentes entidades y por el supervisor del contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9483776838**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS EPS**	**10/04/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**10/04/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**	**10/04/2025**	**$ 34.700**
OTRO	**COMPENSAR**	**10/04/2025**	**$ 28.500**
	TOTAL PAGADO		**$ 469.000**

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 período correspondiente

JAIRO FIGUEROA MEDINA
C.C **79.353.836**
cel: **3132367081**

Scanned with CamScanner

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 GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**JAIRO FIGUEROA MEDINA**	**CC:**	79353836
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	3132367081	**TELÉFONO:**	CARRERA 6 ESTE N° 13 - 50 SUR
DIRECCIÓN DOMICILIO:	28292040	**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 articulo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los articulos 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:	jaifigue2015@gmail.com	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**DAVIVIENDA**
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)							
N° DEL CONTRATO:	**PS 4214 2025**	**N° CDP:**	**794**	**N°. RP:**	**13434**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**	**SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**03 DE ENERO DE 2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/04/2025**	**AL**	**30/04/2025**			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**						**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE						

JAIRO FIGUEROA MEDINA
C.C 79.353.836
cel: 3132367081

Scanned with CamScanner

Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CODIGO: 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	**JAIRO FIGUEROA MEDINA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**79.353.836**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4214 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**03 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 9.430.680				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 18.861.360		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 3.143.560
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	**Nº CRP INICIAL:**	7496	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9483776838**		**OPERADOR:**		**APORTES EN LINEA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	UNO (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				UNO (1)	UNA (1)
VALOR ADICIONADO	9430680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	794	**RP DE LA ADICIÓN:**	13434	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

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?		
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?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales. los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
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?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

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 **1/04/2025** **AL** **30/04/2025**

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

RONALD AGUILAR GOMEZ
DIRECTOR FINANCIERO

JULIETH VILLA CARPO
REFERENTE DEVOLUCIONES

Scanned with CamScanner

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 79353836		FIGUEROA MEDINA JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 6 ESTE N 13 50 SUR BLO 3 APA 503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3132367081	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	49137080	9483776838	I	2025/04/09	2025/04/10	BANCO DE OCCIDENTE	1	$469,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 79353836	FIGUEROA JAIRO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-21	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/04/10 01:18 PM

Scanned with CamScanner