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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ					
CON C.C Nº	**80.095.268**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO DISEÑADOR GRAFICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1025 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400,00	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4 de 4)	**Nº CRP INICIAL:**	4420	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85466195		**OPERADOR:**	Mi planilla	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTIÓN DE COMUNICACIONES				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WALTER GIOVANNY BARBOSA RODRIGUEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES				

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:**	762	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11764	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 articulo 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:	**WALTER GIOVANNY BARBOSA RODRÍGUEZ** **JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES**

Secretaría Distrital 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:	DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ	**CC:**	80095268
CORREO ELECTRÓNICO:	melendrods@gmail.com	**TELÉFONO:**	3192789163
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 98 No 23 h 59 apto 403 Torre 4	**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:	*BANCOLOMBIA*	**TIPO DE CUENTA:**	*AHORROS*	**N° CUENTA:**	*22363191227*

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 1025 2025**	**N° CDP:**	**762**	**N°. RP:**	**11764**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11680200**
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 M/CTE					
	$ 3.893.400					

DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ
C.C 80095268
Cel: 319 2789163

	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					
DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ					
		CON C.C N°	80.095.268		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO DISEÑADOR GRAFICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1025 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025	
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 PERÍODO A CERTIFICAR:**		3'893.400
N° DE INFORME:	(4 de 4)	**N° CRP:**	4420	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WALTER GIOVANNY BARBOSA RODRIGUEZ - JEFE OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**
VALOR ADICIONADO	**$ 11.680.200**	CDP DE LA ADICIÓN	762	CRP DE LA ADICIÓN	11764	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD MM AAAA	**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 actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	**Diseño de linea gráfica para las campañas y estrategias de:** COresponsabilurate Bájale volumen, subele al respeto Dia mundial del parkinson Cuida tu salud en semana santa Dia del investigador cientifico Cultura e integridad en CO Dia contra la malaria **Diseño de boletines informativos de:** Perfil Laboral Nuevo Agente Especial Interventor Sintonizate 104 Perfiles comite directivo **Actualización en piezas información de:** Comité Directivo Organigrama Subred Centro Oriente Rendición de Cuentas En la Subred están pasando cosas buenas Vifencia 2024 Comunicados de prensa Aula CO espacio de formacion virtual/ reinducción Las TIC te cuentan Plantillas PPT Perdida de mascota Feliz cumpelaños Plantilla de fallecimiento Plantilla PPT Certificados Servicios de salud Plantilla tarjeta pensionados
2	Envio de los diseños al lider de la OAC para aprobación en la vigencia del contrato
3	**Creación gráfica de piezas para la respuesta a mesas de ayuda de:** Donación de tejidos en parada cardiorespiratoria Trauma Park Expedición Llanos Caracterización para las Familias II encuentro de Investigadores Economia Circular Separacion de Bolsas de Suero Separacion de residuos Semillas del conocimiento IRA Infecciones Respiratorias Agudas Agradecimientos equipos ante inundaciones Feliz mes de los niños Haz parte del equipo Prevención y seguridad y salud en el trabajo Taller de generalidades en investigación Proceso para desarrollar poyectos de investigación
4	**Creacion y/o modificacion de diseños para banners de:** Elecciones de Comité de etica hospitalaria Turnos corte del agua Finalizacion de cortes de agua Comite paritario de seguridad y salud en el trabajo
5	Creacion de carpetas como evidencias del contrato
6	Monitoreo a los medios de comunicación según disponiblidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	85466195	**OPERADOR:**	Mi planilla

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	9/04/2025	**$ 194.700**

PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	9/04/2025	**$ 249.200**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	9/04/2025	**$ 38.000**
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 481.900**

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)

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

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 80095268
CEL:3192789163

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80095268	DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ		Cra 98 n 23 h 59	6079071725	melendrods@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85466195	$481.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	194.700	0		0		0	0	0	0	194.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	249.200	0	0	0	0	0	0		249.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	38.000				38.000	0	0	38.000			380	38.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.700	194.700
Pensión	1	249.200	249.200
Riesgos Laborales	1	38.000	38.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	481.900	481.900

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80095268	DAVID RICARDO MELENDRO SUAREZ		Cra 98 n 23 h 59	6079071725	melendrods@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85466195	$481.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80095268	MELENDRO SUAREZ DAVID RICARDO	59	0			N																	25-14	1.557.360	249.200	0	0	0	0	EPS005	1.557.360	194.700	14-23	1.557.360	3	38.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información