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					
ALEXANDER PALACIOS PALACIOS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.038.810.601		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1247 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**11.680.200**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**23.360.400**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.893.400**
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	5969	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA XIMENA CIFUENTES GARCÍA - JEFE DE CALIDA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$** 11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	783	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11810	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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	**$** -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	**$** -	**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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	**X**
N° DE PÓLIZA:	N/A		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		**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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Se realiza pausas humanizadas en las unidades de Santa clara, San Blas, La Victoria, JEG y Materno infantil en los servicio asignados.
2	Se realizo capacitacion en politica y decalogo de humanizacion en las unidades asignada y se reorganizan las actividades a desarrolar.
3	Se realiza y se presenta cronograma de humanizacion para las pausas humanizadas en las unidades asigandas y se realizan 2 pausas humanizadas por dias en diferentes servicios.

4	Se realizan 30 capacitaciones al personal asistencial en politica y decalogo de huamanizacion en las unidades asignadas, se realizo induccion al personal en formacion
5	Se realizo acompañamiento en diferentes mesas de analisis, se asiste a las rondas de seguridad del paciente en las unidades programadas
6	Se asiste a reunines programadas desde humanizacion y oficina, se realiza cronograma del mes, se realiza el informe de las pausas humanizadas trimestral.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9483475045	**OPERADOR:**	Aportes en linea

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUENA EPS	3/04/2025	$ 194.900
PENSIÓN:	PORVENIR	3/04/2025	$ 249.400
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	3/04/2025	$ 38.100
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 482.400

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

ALEXANDER PALACIOS PALACIOS
CC:1038810601
CEL:3212609348

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: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	Alexander Palacios Palacios	**CC:**	1038810601
		RUT (NIT):	1038810601
CORREO ELECTRÓNICO:	appalacios10@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3212609348
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 63e #70c35	**CIUDAD:**	Bogota 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

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:					
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**58471869196**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1247 2025	**Nº CDP:**	783	**Nº. RP:**	11810	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**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 (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 3.893.400** **TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS.**					

Alexander P

Alexander Palacios Palacios
C.C: 1038810601
cel: 3212609348

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: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ALEXANDER PALACIOS PALACIOS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.038.810.601

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CALIDAD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1247 2025		FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
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)	N° CRP INICIAL:	5969	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9483475045			APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE CALIDAD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRA XIMENA CIFUENTE GARCIA- JEFE OFICINA DE CALIDAD				

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:	783	RP DE LA ADICIÓN:	11810	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
N° DE POLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA POLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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:** **SANDRA XIMENA CIFUENTE GARCIA** **CARGO:** **JEFE OFICINA DE CALIDAD**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **ALEJANDRO PEDREROS** **PERFIL:** **REFERENTE DE HUMANIZACION**

aportes en línea

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1038810601		PALACIOS PALACIOS ALEXANDER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 63c #70c-35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212609348	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	1384267488	9483475045	I	2025/04/02	2025/04/03	BANCOLOMBIA	1	$482,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000			$0	$0		$481,900
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000			$0	$0		$481,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000			$0	$0		$481,900
1	CC	1038810601	PALACIOS ALEXANDER																		230301	30	$1,557,360	$249,200	EPS037	30	$1,557,360	$194,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,557,360	$38,000	0	$0	$0	No	$481,900
Total Afiliados (1)																							$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$0	$0			$1,557,360	$38,000			$0	$0		$481,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$200	$0	$249,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,200	$200	$0	$249,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$100	$0	$38,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,000	$100	$0	$38,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$200	$0	$194,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$194,700	$200	$0	$194,900
TOTAL				1	$481,900	$500	$0	$482,400