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

ANDRES MAURICIO QUEVEDO REINA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.030.604.161**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO CRIMINALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3083 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.668.838	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (03) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13.337.676		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.222.946	
Nº DE INFORME:	No.4	**Nº CRP:**	7267	**Nº CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	$ 6.668.838	**CDP DE LA ADICIÓN:**	766	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12331	**TIEMPO PRORROGA**	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Apoyar las actividades del proceso de Cadena de Custodia cumpliendo con el adecuado manejo y control de los elementos materiales probatorios acorde a la normatividad vigente.
2	Realizar y verificar el inventario en el depósito central de material probatorio, aplicando los controles necesarios.
3	Realizar la entrega a los entes de control solicitantes de material probatorio, diligenciando los formatos correspondientes, llevando registro y puntos de control.
4	Articular con el ente correspondiente la entrega de evidencia material probatorio previo a solicitud del mismo y dejando constancia del recibido.
5	Mantener por el tiempo requerido las evidencias, una vez transcurrido realizar el trámite correspondiente para su disposición final.
6	Realizar capacitaciones al personal asistencial sobre el embalaje, rotulación y formatos según la norma actual y dejar registros y evidencia de estas.
7	Realizar cronograma de actividades y recorridos a las diferentes unidades, el cual debe ser avalado por el supervisor del contrato.
8	Realizar la recolección de elementos de prueba en las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente, realizando revisión, retroalimentación y ajustes en los casos en que sean necesarios.
9	Apoyar actividades del proceso de orden y limpieza, conforme a protocolos institucionales.
10	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los entes de control solicitantes.
11	Realizar la verificación y estado de trámite de los cadáveres correspondientes a la unidad.
12	Recepcionar y transportar muestras dentro de la unidad haciendo la revisión y registro en el libro correspondiente.
13	Realizar el archivo correspondiente de láminas y bloques de parafina.
14	Velar porque la atención sea humana, eficaz, cálida con todos y cada uno de los entes de control solicitantes.
15	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional y gestión ambiental.
16	Llevar registro de las actividades y procedimientos que se le asignen, según los formatos o bases de datos del proceso, así como mantener actualizados los informes definidos por la entidad, entes de control y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento del proceso.
17	Mantener los elementos necesarios y realizar entrega de los mismos dejando evidencia bajo acta de reunión a los jefes de los servicios correspondientes según necesidad.
18	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
19	Cumplir la programación de actividades del servicio, cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.

20	En caso de presentarse novedades informar con anticipación dicha situación al supervisor del contrato.
21	Dar aplicación a los subsistemas que componen el Sistema Integrado de Gestión de calidad adoptados por la Subred.
22	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9482397559	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/03/2025	$ 227.800
PENSIÓN:	PORVENIR	11/03/2025	$ 178.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/03/2025	$ 34.700
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

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 siscop 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 periodo correspondiente

ANDRES MAURICIO QUEVEDO REINA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1030604161
CEL:3127800982

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANDRES MAURICIO QUEVEDO REINA**	**CC:**	**1030604161**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	amqr-123@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3127800982
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cll 128 C Bis # 96 A 30	**CIUDAD:**	Bogota DC

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.

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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24096579952**

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 3083 2025	**Nº CDP:**	**766**	**Nº. RP:**	**12331**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**
						SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**
						$ 13.337.676
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)	$					2.222.946
	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

ANDRES MAURICIO QUEVEDO REINA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 1030604161
CEL: 3127800982

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	ANDRES MAURICIO QUEVEDO RUINA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,036,604,191

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO CRIMINALISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3083 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6,668,838.00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 13,337,676.00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2,222,946
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP INICIAL:**	7267	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482397559	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	APOYO DIAGNOSTICO		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO		DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION ( )**	**PRORROGA ( )**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**0**	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	829	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
Nº 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:** DANNYS IVETH TEHERAN TURIZO **CARGO:** DIRECTORA TECNICA (1 DE ABRIL AL 21 DE ABRIL)
	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR **PERFIL:** DIRECTORA TECNICA (22 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL)
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CATHERINE LUGO CRISTIANO **PERFIL:** REFRENTE APOYO DX

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 1030604161		QUEVEDO REINA ANDRES MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 40 sur # 72 L - 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7585832	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	1327416007	9482397559	I	2025/04/14	2025/03/11	BANCO CAJA SOCIAL	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500