4210

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 INFORME DE EJECUCION 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

YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.069.351				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO 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 4210 2025		FECHA INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.032.156		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	Nº CRP:	7492	Nº CDP:	6
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	UNO (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	UNO (1)	PRORROGAS	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 8.016.078	CDP DE LA ADICIÓN:	800	CRP DE LA ADICIÓN:	12430	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:	-(N/A)		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		(N/A)
FECHA DE LA PÓLIZA	(N/A)		FECHA DE APROBACIÓN:		(N/A)

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Realicé recorrido en los 19 puntos de atención recepcionando las facturas gneradas a entidad entregandolas a la personas encargada de realizar el proceso de revisión y armado de servicios ambulatorios
2	Recibí por parte de la persona encargada las relaciones de envío para ser presentadas a las diferentes ERP
3	Realicé el desplazamiento y radicación de las relaciones de envío cumpliendo con las fechas de radicación a las diferentes ERP
4	Radiqué e hice seguimiento de los documentos recibidos para trámite de firmas en las diferentes dependencias de la Subred (correspondencia, dirección financiera subgerencia corporativa, contratacion, gerencia) para su respectivo trámite y rádicación de los mismos
5	Una vez completado el trámite de firmas de las diferentes cuentas fueron radicadas en la SDS
6	Recibí una capacitación por parte del líder del proceso de armado de cuentas en cuanto a la radicación de las facturas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071059499	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	09/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	ARL RIESGO IV		$ -
OTRO			$ -
	TOTAL PAGADO		$ 405.800

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 periodo correspondiente

YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ
C.C 80.069.351
cel: 3027184599

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:	YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ	CC:	80069351
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	YESHERNANDO@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3027184599
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 SUR 8 34 ESTE	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 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488434819220
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4210 2025	Nº CDP:	800	Nº RP:	12430	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.032.156
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)	$						2.672.026
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISÉIS PESOS MDA / CTE						

YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ
C.C 80.069.351
cel: 3027184599

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	**YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**80.069.351**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO 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 4210 2025**		FECHA INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				8.016.078
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.032.156		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	Nº CRP INICIAL: 7492		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1071059499**		OPERADOR:	**SIMPLE**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN 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):		ADICION:	UNO (1)	PRORROGA	UNA (1)
VALOR ADICIONADO	8.016.078	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	12430	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
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	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?	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:	RONALD AGUILAR GOMEZ DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-09, 09:52:00 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071059499

Periodo Cotización: marzo de 2025 **Periodo Servicio:** marzo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822975260

PAGADO 09/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ		
Documento	CC80069351	**Dirección**	CL 6C SUR #8 - 34 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3027184599
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80069351	YESID HERNANDO RODRIGUEZ IBAÑEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	0.000	$ 0	$ 0	(NN CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 405.800	$ 0	$ 405.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.