	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					
JONNY CONTRERAS ARANDA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**80.373.440**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 4191 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**3/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**8.016.078**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES VENTINUEVE (29) DIAS**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**16.032.156**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**2.672.026**
N° DE INFORME:	**4**	**N° CRP:**	**7474**	**N° CDP:**	**6**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CINCO (5) MESES VENTINUEVE (29) DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**INGRID TATIANA ROJAS AVELLA**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**No. 1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**No 1**	**PRORROGAS**	**No. 1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 8.016.078**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	763	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12417	**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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	1. Radicar la totalidad de las comunicaciones oficiales a domicilios, bancos, entidades gubernamentales y/o diversas empresas, de acuerdo a la Planilla de recorrido diario, la cual debe ser firmada y entregada por el mensajero a la ventanilla única de correspondencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
2	2. Entregar y/o distribuir la totalidad de la correspondencia interna en las diferentes sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. de acuerdo a la planilla de recorrido diario.
3	3. Realizar pagos y consignaciones con cheque en los tiempos requeridos de acuerdo al reporte realizado por el área de tesoreria, siempre que la misma sea asignada o no.
4	4 Entregar diariamente, la correspondencia radicada el dia anterior, con el fin de cruzar la información frente a la planilla de recorrido diario de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
5	5. Radicar dentro de los plazos reportados por el área de facturación, las cuentas de cobro por concepto de prestación de servicios a los diferentes pagadores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
6	6. El Contratista deberá certificar por escrito la titularidad del vehiculo (Moto), además debe anexar los siguientes documentos, así: licencia de conducción para moto vigente activa, tarjeta de propiedad, revisión tecnomecanica, seguro obligatorio (SOAT), etc.
7	7. El Contratista debe contar los implementos de seguridad y protección como casco, chaleco reflexivo, rodilleras, canilleras conforme a la Ley.
8	8. El Contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma.
9	9. Apoyar las actividades inherentes a la orden de prestación de servicios en lo referente a la gestión documental.
10	10. Cumplir con las metas y actividades asignadas mensualmente por el Referente de Gestion Documental entregando las respectivas evidencias.
11	11.Presentar planilla de pago de aportes de seguridad social del mes correspondiente al certificado.
12	12. Diligenciar correctamente, para efectos de pago de honorarios, los diferentes formatos y documentos requeridos por la Subred Centro Oriente, así como presentarlos en las fechas establecidas.
13	13. Realizar el cargue de documentos producto de la ejecución contractual en el SECOP II.
14	14. Efectuar el tramite de aceptación y envio a la entidad estatal, de las adiciones o modificaciones que se puedan presentar en el desarrollo del contrato.
15	15. Mantener absoluta reserva, sobre la información institucional de caracter sensible, clasificado o resevado, que por razón de sus obligaciones pueda llegar a conocer.
16	16. Entregar a la finalizacion del contrato todos los documentos fisicos, magnéticos o electrónicos a su cargo, así como claves de acceso a los diferentes aplicativos de la entidad, bases de datos o repositorios. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1071017339**		**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SALUD TOTAL**		**8/04/2025**	**$**	**178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**		**8/04/2025**	**$**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR / RIESGO IV**		**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 realice 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

JONNY CONTRERAS ARANDA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC/ 80.373.440
CEL: 317 4115336

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:	**JONNY CONTRERAS ARANDA**	**CC:**	80.373.440
		RUT (NIT):	**N/A**
CORREO ELECTRÓNICO:	yepez38.2010@hotmail.com	**TELÉFONO:**	317 4115336
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TRANSVERSAL 1B ESTE No 49B-43 SUR	**CIUDAD:**	**BOGOTA**

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomare costos y deducciones	(X)
SI tomare 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

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**550002100117924**

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4191 2025	**N° CDP:**	763	**N°. RP:**	12417	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	**3/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $ 16.632.156
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISÉIS PESOS MC/TE.					



JONNY CONTRERAS ARANDA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

C.C 80373440

CEL: 317 4115336

Secretaría Distrital 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 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	JONNY CONTRERAS ARANDA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.373.440

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER CORRESPONDENCIA CON MOTO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4191 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	3/01/2025
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
N° PAGO / N° DE INFORME:	4/4	**N° CRP INICIAL:** 7474	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** 6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES VENTINUEVE (29) DIAS		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071017339	**OPERADOR:**	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION ADMINISTRATIVA (TRANSPORTE)		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	INGRID TATIANA ROJAS AVELLA		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	No. 1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION No. 1	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 8.016.078	**CDP DE LA ADICIÓN:**	763	**RP DE LA ADICIÓN:**	12417	**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:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	N/A	**NO**	
N° 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 presento 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 articulo 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
(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: INGRID TATIANA ROJAS AVELLA CARGO: DIRECTOR ADMINISTRATIVO (E) NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SILY SULAY PERPIÑAN ANTELIZ CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-09, 09:29:21 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071017339

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago 8810332086

PAGADA 08/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JONNY CONTRERAS ARANDA		
Documento	CC80373440	Dirección	TV 1B ESTE #49 B - 43 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3174115336
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 Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 80373440	JONNY CONTRERAS ARANDA	3	0																	0	30	30	0	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.423.500	$227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$1.423.500	$178.000	0.000	$0	$0	(NIN-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	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 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir. Asegúrese que sea realmente necesario. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos

¡El Poder de lo SIMPLE!