1338

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 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 RAUL MANRIQUE ALBA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	80.186.784				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1338 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.100.000	
Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	**Nº CRP:**	6050	**Nº CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	DOS (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	DOS (2)	**PRORROGAS**	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 223.286	**CDP DE LA ADICIÓN:**	816	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11943	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	800	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11944	**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 específicas del contrato realizadas durante el mes)

1	REALICE VERIFICACION LINEA DE PAGO SEGÚN SEGURIDAD SOCIAL
2	REALICE ACTUALIZACION DATOS LOS USUARIOS EN DIG
3	REPORTE LOS CASO A TARABAJO SOCIAL CUANDO TENIAN DIFICUALTDES EN LA SEGURIDAD SOCIAL
4	REGISTRE Y COMFIRME ORDENES DE SERVICIOS PRESTADO EN DGH
5	SE VERIFICO CONTRA HISTORIA CLINICA LOS SERVICIO, PROCEDIMIENTO Y SE REGISTRO EN DGH GARANTIZANDO 100 % EL COBRO.
6	SE VERIFICO SOPORTE ANEXADOS POR EL AREA DE AUTORIZACIONES
7	SE REGISTRO EGRESO EN DGH EN EL LOS TIEMPO ESTIPULADO
8	ADJUNTE SOPORTE MANUALES, RECIBOS DE CAJA , SOPORTE DE AVANTAGE A REQUERIMIENTO.
9	GENERE FACTURAS
10	GENERE RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN SU CONCEPTO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071113267	**OPERADOR:**	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	09/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	09/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	09/04/2025	$ 34.700
OTRO	CAJA DE COMPENSACION COMPENESAR	09/04/2025	$ 28.500
	TOTAL PAGADO		$ 469.000

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

ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA
C.C 80.186.784
cel: 3138343022

	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:	**ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA**	**CC:**	**80186784**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	andresrmanrique82@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3138343022**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 49a bis sur 10D - 20 portal de molinos 3	**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:**	**6301126071**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1338 2025**	**Nº CDP:**	**800**	**Nº. RP:**	**11944**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**	**CINCO (5) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**02 DE ENERO DE 2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30 DE JUNIO DE 2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 12.451.142**
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)	**$**						**2.100.000**
	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS MDA / CTE						

ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA
C.C 80.186.784
cel: 3138343022

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-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**80.186.784**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1338 2025**		FECHA INICIO CONTRATO		02 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				5.927.856
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.100.000
N° PAGO / N° DE INFORME:	CUATRO (4)	N° CRP INICIAL:	6050	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1071113267**		OPERADOR:		**SIMPLE**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	0				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	DOS (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION:	DOS (2)	PRORROGA	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	223.286	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:	11943	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	11944	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
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.

	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 CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2025-04-09, 11:20:34 PM **Tipo Planilla:** I: Planilla independientes **Número Planilla:** 1071113267

Periodo Cotización: marzo de 2025

Periodo Servicio: marzo de 2025

PAGADO 09/04/2025

Datos del Aportante

Razón Social	ANDRES RAUL MANRIQUE ALBA		
Documento	CC80186784	**Dirección**	CALLE 63 SUR # 14 - 85 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138343022
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	

Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 34.700	$ 0	$ 34.700
N860066942	CCF24	COMPENSAR CCF	1	$ 28.500	$ 0	$ 28.500
N830003564	EPS017	FAMISANAR EPS	1	$ 178.000	$ 0	$ 178.000
Total Pagado				$ 469.000	$ 0	$ 469.000

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!