5018

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 GESTION

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

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.000.020.599				
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 5018 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.646.667	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO,	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.900.000	
Nº DE INFORME:	DOS (2)	Nº CRP:	11549	Nº CDP:	820
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDÓ PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2NII HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	UNO (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	UNO (1)	PRORROGAS	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1027	CRP DE LA ADICIÓN:	12622	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:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

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	Se realiza respectivo llamado en ventanilla manteniendo el orden de los turnos entregados
2	Se cumple con el manejo de verificacion en ordenes medicas cunado el usuario llega a su respectiva cita a la unidad
3	Se indaga en las plataformas de internet afiliacion vigente del usuario
4	Se realiza validacion deacuerdo a normatividad vigente
5	Se complementa la actualizacion en la ficha DGH con la actualizacion de datos
6	Al inicio de jornada se empieza con facturacion correspondiente de los usuarios que tiene agendado cita en la unidad
7	Se realiza facturacion de citas al usuario y se soportan deacuerdo a lo que rige la norma con facturas evento
8	En la generacion de copagos a usuarios se da recibo de caja correspondiente,al finalizar jornada se entrega dinero generado en copagos
9	Al finzalizar jornada se hace relacion de dinero en los fomatos correspondientes para entrega de las mismos
10	Se soporta y relacion en formato entrega de facturas soportadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85731566	OPERADOR:	Miplanilla

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	Sanitas	9/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	Porvenir	9/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	Sura	9/04/2025	$ 34.700
OTRO		0	$ -
TOTAL PAGADO			$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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 ocasion al señalado contrato

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA
C.C 1.000.020.599
cel: 3043546160

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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA**	CC:	1000020599
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SANTIMEYU21@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3043546160
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 33B 13J 11 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 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 Tributacion		SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	175014685
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 5018 2025	Nº CDP:	1027	Nº. RP:	12622	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/04/2025	AL	30/04/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.900.000
	UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS MDA/CTE						

DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA
C.C 1.000.020.599
cel: 3043546160

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	**DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.000.020.599**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5018 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				1.646.667
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.900.000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)	Nº CRP INICIAL:	11549	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85731566		OPERADOR:	Miplanilla	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACIÓN				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	2MI HOSPITAL MATERNO INFANTIL				
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	$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1027	RP DE LA ADICIÓN:	12622	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION:		

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 autorizo 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 SICOF?	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 informe en el aplicativo sicof 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 **1/04/2025** **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

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000020599	DAVID SANTIAGO MEJIA TUTA		CLL 33 B N 13 J 11 SUR	3043546160	santireyu71@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85731566	$440,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exte ror	Exonerado	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000020599	MEJIA TUTA DAVID SANTIAGO	59	0			N																	23030	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS005	1,423,500	176,000	14-12	1,423,500	3	33,759		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como Información por parte de Compensar Operador de Información