

IVAN YESID CASTAÑO CASTAÑEDA

1.000.238.996

PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

14/02/2025

CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS

\$ 303,688

561

CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS

SA2 SEDE AMMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05

1

--	--

TRES (3) MESES Y

X

FECHA DE APROBACIÓN:

10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA
----	---------------------------------------

SOI

VALOR PAGADO

\$	178,000
----	---------

\$	227.800
----	---------

\$	34.700
----	--------

\$	440,500
----	---------

4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

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

CEL 3223653164

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	IVAN YESID CASTAÑO CASTAÑEDA	CC:	1.000.238.996
		RUT (NIT):	1.000.238.996
CORREO ELECTRÓNICO:	yesid973@gmail.com	TELÉFONO:	3223653164
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 33C SUR 13 52	CIUDAD:	BOGOTÁ

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.

Régimen 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 DE BOGOTÁ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	272262254

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4885 2025	Nº CDP:	1185	Nº. CRP:	10996	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 15.292.870

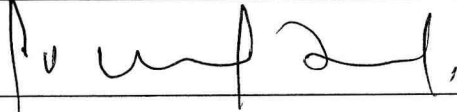
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 303.688
	TRESCIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

IVAN CASTAÑO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: IVAN YESID CASTAÑO CASTAÑEDA

CC: 1.000.238.996
CEL: 3223653164

		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 FECHA: 2024-09-16					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y											
NOMBRE DEL CONTRATISTA				IVAN YESID CASTAÑO CASTAÑEDA							
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.000.238.996							
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR									
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 4885 2025		FECHA INICIO CONTRATO		14/02/2025				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			S 4.592.493								
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 15.292.870			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		S 303.688				
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4 de 4		Nº CRP INICIAL:		10996		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 561			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y DIECISIETE (17) DIAS									
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			7963716634		OPERADOR:		SOI				
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD								
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO								
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05								
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES											
Nº DE MODIFICACIÓN:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (2)		PRÓRROGA (1)		
VALOR ADICIONADO		S 1.300.000		CDP DE LA ADICIÓN:		1038		RP DE LA ADICIÓN:		10996	
VALOR ADICIONADO		S 9.400.377		CDP DE LA ADICIÓN:		1185		RP DE LA ADICIÓN:		10996	
								TIEMPO PRORROGADO:		TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS	
III. POLIZAS (SI APLICA)											
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:							
FECHA DE LA PÓLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:							
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS											
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>											
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: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05							
											
				NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR							

Banco de Bogotá

TOTAL PAGADO:	
----------------------	--

 Pago exitoso

Número de autorización 213202

Jueves, 10 de abril de 2025, 8:42:20 a. m.

Detalle**\$440.500**

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: SOI ACH

Débito desde: Cuenta de Ahorros *2254

Descripción: Pago de la Planilla Integrada
de Seguridad Social y
Parafiscales

Fecha y hora inicio transacción 2025-04-10 08:41:04

NIT del comercio 9998300785126

Número de factura 7963716634

Código Único de Seguimiento 1401372522

Dirección IP: 181.154.160.231

Referencia 1: 10.80.25.153

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1000238996

