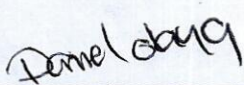
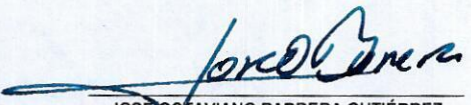
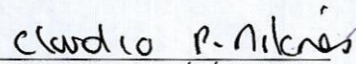
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ					
CON C.C.Nº			1.030.598.690		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO GESTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5738 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.028.924		No. HORAS EJECUTADAS	
				NO APLICA	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 26.882.942		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.126.750	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		8 MESES;21 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			3BL HOSPITAL SAN BLAS		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Desarrolle las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades				
2	Cumpli con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma.				
3	Cumpli con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato				
4	Acate las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.				
5	Ejecuté oportunamente sus obligaciones contractuales en concordancia con los planes que formule la Entidad en especial el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión de la GerenciaSecretaría de salud				
6	Prepare y presente conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos				
7	Apoye con la supervisión y seguimiento de contratos que celebre la Subred, cuando a ello hubiere lugar.				
8	Ejecute las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas				
9	Asisti y aprobo los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.				
10	Cumpli con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social				
11	Apoye la verificación del cumplimiento a las actividades programadas desde la coordinación a cada uno de los colaboradores				
12	Asisti aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.				
13	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.				
14	Cargue mensualmente a la plataforma Secop II el formato informe y cuenta de cobro aprobado y firmado por el supervisor de contrato.				
15	Acate las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.				
16	Cumpli con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. 9				
17	Aplique las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.				
18	Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el referente y/o la institución.				
19	Apoye la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, llevando puntos de control, y realizar el alistamiento y entrega de los insumos a cada una de las móviles donde corresponda.				
20	Entregue turno al compañero con las novedades que se presentaban en el turno				
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025 AL 31/08/2025)				
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	88899827	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	21/08/2025	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLFONDOS	21/08/2025	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	21/08/2025	\$ 34.700	
OTRO	COLSUBSIDIO	21/08/2025	\$ 28.500	
TOTAL PAGADO			\$ 469.000	
V. 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, ari, 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.				
VI. 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				
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ C.C. 1.030.598.690		
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ LÍDER PROGRAMA APH		



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ	CC:	1.030.598.690
		RUT:	141058682321
CORREO ELECTRÓNICO:	danielolaya131@gmail.com	TELÉFONO:	3143985760
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 95B # 58 - 57 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	X
SI tomaré costos y deducciones	0

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 0 NO X

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550452900105050
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5738 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.126.750 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Daniel Olaya

DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ
CEDULA: 1.030.598.690
CELULAR: 3143985760

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	1030398690	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ	CRA 95 B # 57 58 SUR	6049504	DANIELOLAYA131@GMAIL.CO										1	UPC
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	2025-07	2025-07	21/08/2025	88899827	TOTAL A PAGAR	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.										\$469.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD										TOTALES PENSIÓN			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados		
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	178.000	1	

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
231001	Colombios	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890503790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS										TOTALES POR SUBSISTEMA			
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados						
CCF22	Colsubsidio	860007136-1	28.500	0	0	28.500	1						

TOTALES PARAFISCALES					TOTALES POR SUBSISTEMA				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	Salud	1	178.000	178.000	1
0	0	0	0	0	Pensión	1	227.800	227.800	1
0	0	0	0	0	Riesgos Laborales	1	34.700	34.700	1
0	0	0	0	0	CCF	1	28.500	28.500	1
0	0	0	0	0	ESAP	0	0	0	0
0	0	0	0	0	ICBF	0	0	0	0
0	0	0	0	0	MEN	0	0	0	0
0	0	0	0	0	SENA	0	0	0	0
0	0	0	0	0	TOTALES	4	469.000	469.000	4

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030598690	DANIEL ORLANDO OLAYA PEREZ	CRA 95 B # 57 58 SUR	6049904	DANIELOLAYA131@GMAIL.CO M	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS	UPC
2025-07		2025-07	I	21/08/2025	888989827	1	0
TOTAL A PAGAR						\$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Certamen	Duplicado	Extrajero	Exonestado	INL	COMERCIALIZACION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsidios	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor IJC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte MEN	ESAP	
1	CC	1030598690	OLAYA PÉREZ DANIEL ORLANDO	57	0	N				231001	1,423,500	227,800	0	0	0	0	1,423,500	178,000	14-11	1,423,500	3	34,700	CCF22	1,423,500	28,500	0	0	0	0	0

ADAGP

