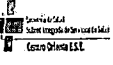
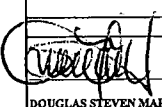
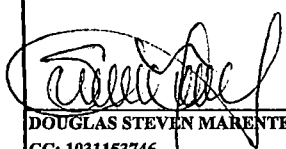


3297

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.031.153.746	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3297 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
1/02/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.287.120		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				2 (DOS) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 34.579.160		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.143.560	
Nº DE INFORME:		ONCB (11)		Nº CRP:	
				17163	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCB (11) MESES		Nº CDP:	
				136	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		OCHO (8)		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				957	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1372	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1722	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2229	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2661	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3107	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.143.560		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3385	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.287.120		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3657	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)					
ITEM					
1					
Se realizó la descarga, de los reportes necesarios desde el aplicativo Dinámico Gerencial.					
2					
Se realizaron cruces de información, verificando la facturación de actividades finales en la facturación a tarifa 2423/96.					
3					
Se realizaron cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias y actividades finales.					
4					
Se realizaron cruces y verificación de los servicios facturados, verificando la totalidad de los mismos.					
5					
Se realizaron cruces de la información verificada semanalmente, para el reporte de inconsistencia frente a los referentes de cada área.					
6					
Se realizó descarga de los reportes generados en el sistema de información Dinámico gerencial.					
7					
Se realizó retroalimentación de la información dada por las diferentes áreas, para lograr subsanar error y/o actualización de la normatividad vigente.					
8					
Se realizó retroalimentación de los errores que se generan en las inconsistencias, prescridas semanalmente.					
9					
Se realizó radicación y envío de los anexos, oficios y soporte para cobro de la cuenta.					
10					
Se realizaron cruces de información con el área de repa, mediante los archivos planos y anexos técnicos de cada ERP.					
11					
Se informó al referente encargado del área, los motivos por los cuales no se logra. Se realizó la radicación, antes de los tiempos estipulados.					
12					
Se verificó la información radica según los acuerdos de voluntades de la ERP.					
13					
Se verificó y responde las posibles devoluciones que emite la EPS, subsanando los registros de notificación.					
14					
Se concilio la información que se presenta a la ERP.					
15					
Se elaboró los informes solicitados por las diferentes áreas, según los anexos enviados a la ERP.					
16					
Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asignó el supervisor de contrato, seguimiento, actualización, creación y verificación de página web, formularios, hojas de cálculo y drive del área de facturación.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		82478636		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		ALIANSA SALUD		9/12/2024	
				\$ 162.500	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		9/12/2024	
				\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		9/12/2024	
				\$ 31.700	
OTRO		COMPENSAR		9/12/2024	
				\$ 26.000	
TOTAL PAGADO				\$ 428.200	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, aji, pensión, rui)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scopp 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					
					
DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES					
CC: 1031153746					
CEL: 3203212148					

 Secretaría 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 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 31/12/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:	DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES				CC:	1031153746	
CORREO ELECTRÓNICO:	STEVENMARENTES@GMAIL.COM				RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 11 J No 43 - 34 SUR				TELÉFONO:	3203212148	
					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:	8416978218		
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 3297 2024	Nº CDP:	3657	Nº. RP:	45066	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 34.579.160.	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.143.560 TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS MDA/CTE						
 DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES CC: 1031153746 CEL: 3203212148							

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.153.746

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLÓGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
-----------------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3297 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
--	---------------------	------------------------------	------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.287.120
-----------------------------------	-----------	------------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	34.579.160	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	3.143.560
---	-----------	-------------------	--	-----------	------------------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	ONCE (11)	Nº CRP INICIAL:	17163	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
---------------------------------	------------------	------------------------	--------------	------------------------------------	------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
--	------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82478636	OPERADOR:	MI PLANILLA
--	-----------------	------------------	--------------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - ARMADO Y RADICACION
--	--

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA
--	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO
-------------------------------	---

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	OCHO (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				OCHO (8)	OCHO (8)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22757	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26106	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29769	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33906	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38106	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41191	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43190	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.287.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45066	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
---------------------------------------	-----------	-----------	----------

Nº 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?	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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031153746	DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES		CARRERA 11 J No 43 - 34 SUR	2053877	STEVENMARENTES@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82478636	\$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacitados		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	AIJANSALUD EPS S.A.	830113831-0	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201		Proteccion (ING + Protección)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacitados		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700		317	31.700

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26,000	0	0	26,000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200