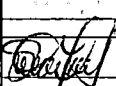
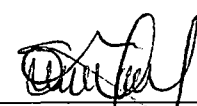
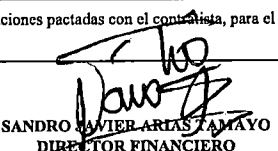


3297

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		FECHA: 2024-09-16	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			
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:	DIEZ (10)		Nº CRP:
		17163	Nº CDP:
		136	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
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	ADICIONES
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. FOLIZAS			
¿PACTO FOLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE FOLIZA:		X	
FECHA DE LA FOLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
		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 Dinámica Gerencial.		
2	Se realizó cruces de información, verificando la facturación de actividades finales en la facturación a tarifa 242396.		
3	Se realizó cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias y actividades finales.		
4	Se realizó cruces y verificación de los servicios facturados, verificando la totalidad de los rubros.		
5	Se realizó 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 Dinámica 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 genera en las inconsistencias, presentadas semanalmente.		
9	Se realizó radicación y envío de los anexos, oficios y soporte para cobro de la cuenta.		
10	Se realizó cruces de información con el área de rept, 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 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:	81713011	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA SALUD	12/11/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	12/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/11/2024	\$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	12/11/2024	\$ 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 ítem 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut).			
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scoop 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 periodo 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 - GESTIÓN 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 30/11/2024							
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.							
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:	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 01/11/2024 AL 30/11/2024						
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 AYILES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.031.153.746			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO 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:		DIEZ (10)		Nº CRP INICIAL:		17163	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81713011		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)							
¿FACTÓ 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?						
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?						
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?						
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?						
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?						
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL (30/11/2024)							
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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.	

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					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81713011	\$428.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS001	ALIANSA 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 - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

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