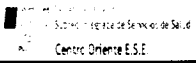
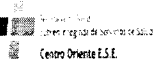


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2			
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				FECHA: 2024-09-16			
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN							
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA 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 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.287.120		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		2 (DOS) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 28.292.040		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.143.560	
Nº DE INFORME:		NUEVE (9)		Nº CRP:		17163	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		NUEVE (9) 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:		SIETE (7)		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		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:		-	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:		-	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:		-	
III. POLIZAS							
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		AIA	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	
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)							
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 2423/96.					
3		Se realizó cruces de información, verificando la facturación de actividades intermedias y actividades finales.					
4		Se realizó cruce y verificación de los servicios facturados, verificando la totalidad de los mismos.					
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 la actualización de la normatividad vigente.					
8		Se realizó retroalimentación de los errores que se generan en las inconsistencias, presentadas semanalmente.					
9		Se realizó radicación y envío de los anexos, oficios y soporte para cobros de la cuenta.					
10		Se realizó 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, las motivo por las 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, basándose los registros de notificación.					
14		Se concilio la información que se presenta a la ERP.					
15		Se elaboro los informes solicitados por las diferentes áreas, según los anexos enviados a la ERP.					
16		Se realizó las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que exige 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:		80896428		OPERADOR:		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		ALIANSA SALUD		8/10/2024		\$ 162.500	
PENSIÓN:		PROTECCION		8/10/2024		\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:		SURA		8/10/2024		\$ 31.700	
OTRO		COMPENSAR		8/10/2024		\$ 26.000	
TOTAL PAGADO						\$ 428.200	
VI. 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMM.L.V (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ruy) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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							

		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 31/10/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:		DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES			CC:		1031153746
					RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:		STEVENMARENTES@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3203212148
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 11 J No 43 - 34 SUR			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	N° 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)							
N° DEL CONTRATO:		PS 3297 2024	N° CDP:	3385	N° RP:	43190	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 28.292.040
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		5 3.143.560					
		TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS MDA/CTE					
 DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES CC: 1031153746 CEL: 3203212148							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			DOUGLAS STEVEN MARENTES AVILES			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.031.153.746			
I. INFORMACIÓN 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:	\$		28.292.040		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.143.560	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	NUEVE (9)		Nº CRP INICIAL:	17163	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 136	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80896428		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:	SIETE (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			SIETE (7)	SIETE (7)
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	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
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. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA QUE QUE HIA 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO YAMILLE 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	DDUGLAS STEVEN MARENTES AVILA S	CARRERA 11 J No 43 - 34 SUR	205.3877	STIEVENMARENTES@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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 1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC 0
2024-09	2024-09	I	08/10/2024	80896428	TOTAL A PAGAR \$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 SALUD 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. Afiliado
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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. 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. Afiliado
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