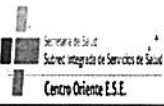


258 H.

 Ministerio 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 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		SANTIAGO APONTE MORENO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.006.007.619		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 2829 2024	FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.542.528			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 88.449.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 9.098.886
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	10	Nº CRP INICIAL:	14066	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 317
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	9 MESES;10 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9475158602	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	5	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION 5 PRORROGA 5
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	RP DE LA ADICIÓN: 22291 TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	RP DE LA ADICIÓN: 25232 TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 17.774.568	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	RP DE LA ADICIÓN: 29246 TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	\$ 9.522.090	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	RP DE LA ADICIÓN: 32515 TIEMPO PRORROGADO: UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 28.566.270	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	RP DE LA ADICIÓN: 36638 TIEMPO PRORROGADO: TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN: 0 TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:
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)				
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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 (01/10/2024 AL 31/10/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	
		 CARLOS ALBERTO MARIN PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO EMERGENCIOLOGO	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y SANTIAGO APONTE MORENO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.006.007.619		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2829 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 13.542.528		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 88.449.636		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 9.098.886	
N° DE INFORME:		10		N° CRP:	
				14066	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		9 MESES;10 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		5		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				5	
				PRORROGAS	
				5	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1030	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				22291	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1270	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				25232	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 17.774.568		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1619	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				29246	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.522.090		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2200	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				32515	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				UN MES (1)	
VALOR ADICIONADO		\$ 28.566.270		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2598	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				36638	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				TRES MESES (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 0		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A
IV. 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)			
1	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial y Notificación de actividades contractuales de la supervisión		
2	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
3	Realice mis actividades contractuales, en el CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY CON 186 HORAS, HOSPITAL SAN BLAS 72 HORAS. TOTAL HORAS 258		
4	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
5	Informé al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso.		
6	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
7	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
8	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
9	Emití conceptos médicos que se me requirieron, realicé resúmenes de historia clínica, epícrisis en dinámica gerencial		
10	Registro de historia clínica de forma manual en los formatos respectivos que posteriormente fueron cargados en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
11	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
12	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos		
13	Registro en las actas de entrega de material de protección personal e insumos		
14	Notificación de actividades contractuales de la supervisión		
15	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
16	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
17	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
18	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
19	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
20	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
21	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
22	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
23	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
24	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
25	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.		
26	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.		
27	Formatos de novedades de personal radicados en la oficina de la dirección de urgencias.		
28	Presentación de planilla mensual de aportes de seguridad social tales como eps, fondo de pensión y riesgos laborales		
29	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones		
30	Registro de historia clínica en el aplicativo Dinamica Gerencial.		
31	Notificación de actividades contractuales de la supervisión		
32	Asistí a capacitaciones y reuniones semanales		
33	Realice valoración, revaloración y clasificación TRIAGE del paciente en el servicio de urgencias.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9475158602	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	9/10/2024	\$ 446.000
PENSIÓN:	PORVENIR	9/10/2024	\$ 570.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/10/2024	\$ 87.000
OTRO	N/A	9/10/2024	\$ 0
TOTAL PAGADO			\$ 1.103.900
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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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.			
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional			
 SANTIAGO APONTE MORENO C.C. 1.006.007.619 CEL: 3214803143			

		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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANTIAGO APONTE MORENO			C.C.	1.006.007.619
				RUT(NIT):	141130742401
CORREO ELECTRÓNICO:	saponte19@uan.edu.co			TELÉFONO:	3214803143
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR # 8 35			CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				0	
SI tomaré costos y deducciones				X	
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:	OTRO				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 20341674469
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 2829 2024	N° CDP:	2598	N°. RP:	36638
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES;10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: S 88.449.636
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	NUEVE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS				
	S 9.098.886				
 SANTIAGO APONTE MORENO C.C. 1.006.007.619 CEL: 3214803143					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE														
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF						
C 1000007519		APORTE MORENO SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 SUR # 8-35	BOGOTÁ BOGOTÁ D.E.	3214003141	No						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION														
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago								
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor					
32/4/09	202/4/09	969109064	947515602	1	202/4/10/04	202/4/10/09	BANCOLOMBIA	5	\$1,101,900					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES														
EMPLEADO				PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	
Institución: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,554,914	\$568,800	\$3,554,914					\$444,400		\$3,554,914
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,554,914	\$568,800	\$3,554,914					\$444,400	\$0	\$3,554,914
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$3,554,914	\$568,800	\$3,554,914					\$444,400	\$0	\$3,554,914
1	C 1000007519	APORTE SANTIAGO	230301	30	\$3,554,914	\$568,800	EP5002	30	\$3,554,914	\$444,400	0	30	\$3,554,914	
Total Afiliados(1)					\$3,554,914	\$568,800	\$3,554,914					\$444,400	\$0	\$3,554,914

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
1006007819		APORTE MORENO SANTIAGO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 SUR # 8 35	BOGOTA BOGOTA D.E.	3214803143	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora
24-09	2024-09	969109064	9475150602	I	2024/10/04	2024/10/09	BANCOLOMBIA	5
								\$1,103,900
RESUMEN DE PAGO								
ESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
EP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$568,800	\$2,100	\$0	\$570,900
PORVEHIR	230101	800,224,808	8	1	\$568,800	\$2,100	\$0	\$570,900
EL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$86,600	\$400	\$0	\$87,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$86,600	\$400	\$0	\$87,000
PS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$444,400	\$1,600	\$0	\$446,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$444,400	\$1,600	\$0	\$446,000
TOTAL				1	\$1,099,800	\$4,100	\$0	\$1,103,900



CONDICIÓN DE DECLARANTE Y
EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONÓMICA

Yo, SANTIAGO APONTE MORENO -identificado(a) con C.C No 1006007619 Ubicado(a) en
Bogotá.

TIPO DE DEPENDIENTES:

- A. Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años de edad y depende(n) económicamente de mí. (registro civil)
- B. Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. (Anexar Fotocopia Certificado o Recibo expedido por la Autoridad Oficial)
- C. Hijo(s) mayor(es) de 23 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.
- D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVTs, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- E. Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVTs, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Que la(s) siguiente(s) persona(s) se encuentra(n) a mi cargo en la calidad de dependiente:

NOMBRE	TIPO DOCUMENTO ID. (C.C. / T.I)	NUMERO DOCUMENTO	TIPO (A, B, C, D o E)
YAMELY ROCIO MORENO PINEDA	CEDULA DE CIUDADANIA	28955971	E

Que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2º del párrafo 4º del Decreto 099 del 25 de enero del 2013, nadie más solicitará la deducción de la base de la retención en la fuente por el mismo dependiente.

La presente certificación se expide en la ciudad de BOGOTÁ DC a los 10 días del mes de 10 del año 24 para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.

FIRMA: Santiago Aponte

C.C.: 1006007619

Fecha: 10/ OCTUBRE/ 2024





SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS
DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Bogotá D.C. 10/OCTUBRE/2024

Señores:

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Ciudad.

Respetados Señores:

Para su conocimiento y fines pertinentes, adjunto al presente me permito remitir a usted, los siguientes soportes:

DOCUMENTO	SI	NO
Certificación Dependencia Económica (Ver anexo condición de declarante y existencia dependencia económica)	X	
Certificación Crédito Hipotecario Intereses Pagados 2020		X
Certificación Medicina Prepagada y/o Plan Complementario Pagado 2020		X

	SI	NO	VALOR MENSUAL	Entidad y No. Cuenta
Certificación Cuentas AFC		X		
Certificación Aportes Voluntarios a Pensión	X		570.900	PORVENIR NIT 800224808

Además, certificó que tengo las siguientes vinculaciones contractuales en la Subred Centro Oriente E.S.E.:

Planta _____ O.P.S. X

Lo anterior para tener en cuenta en la Retención en la Fuente.

Cordialmente,

Nombre: SANTIAGO APONTE MORENO

C.C. 1006007619

Cargo: MÉDICO GENERAL

Dirección: CALLE 13 SUR #8-35

Teléfono: 3214803143

Email: saponte19@uan.edu.co

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Anexo: Lo citado (2 Folios)

Luis Francisco Castro Reyes
Contador Público
Universidad Cooperativa de Colombia

CERTIFICA:

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la señora **YAMEILY ROCIO MORENO PINEDA**, identificada con la cedula de ciudadanía número 28.955.971 expedida Santa Isabel (Tolima) y ocupación ama de casa, residente en la ciudad de Ibagué (Tolima), es la madre del señor **SANTIAGO APONTE MORENO**, identificado con la cédula de ciudadanía No.1.006.007.619 expedida en Bogotá (Cundinamarca).

Que en la actualidad la señora **YAMEILY ROCIO MORENO PINEDA**, no obtiene ingresos propios y depende económicamente de su hijo **SANTIAGO APONTE MORENO**.

Se expide en Ibagué, a los 10 días del mes de Octubre de 2024.

Luis Francisco Castro Reyes
LUIS FRANCISCO CASTRO REYES
CONTADOR PÚBLICO
T.P. 88518-T

