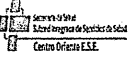
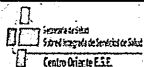


1414

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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					
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.015.449.880		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE			
		SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1414 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11.680.200		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES		\$ 11.680.200		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR	
				\$ 3.893.400	
Nº DE INFORME		TRES (3)		Nº CRP	
				6077	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				Nº CDP	
				2	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES:					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACION	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$		0	
				PRORROGAS	
				0	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				0	
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 PERIODO, 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	REALICÉ EL INFORME MENSUAL DE FACTURACIÓN GENERADA Y EMITIDA A LA DIAN				
2	REALICÉ EL INFORME MENSUAL DE INGRESOS ABIERTOS				
3	REALICÉ LA CONCILIACIÓN CON EL ÁREA DE CONTABILIDAD				
4	GENERE EL INFORME MENSUAL DE CENTROS DE ATENCIÓN				
5	GENERE EL INFORME MENSUAL CIRCULAR EXTERNA 014 SUPERSALUD				
6	REALICÉ EL INFORME DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE LA FACTURACIÓN GENERADA Y RADICADA MENSUALMENTE				
7	REALICÉ INFORME MENSUAL DE AGENDA FINANCIERA PARA JUNTA DIRECTIVA				
8	DILIGENCIÉ FORMULARIO DE FACTURACIÓN TRIMESTRAL RESOLUCIÓN 2193 - SIHO, MINISTERIO DE PROTECCIÓN				
9	REALICÉ EL INFORME TRIMESTRAL FORMATO CB-0120: INFORME SOBRE FACTURACIÓN Y FORMATO CB-0026 CONTRATACIÓN SERVICIOS DE SALUD DE SIVICOF, CONTRALORIA DISTRITAL				
10	GENERE EL INFORME TRIMESTRAL DE RISS DE ACUERDOS A LOS LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				
11	REVISE Y DI TRAMITE A LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR ENTES EXTERNOS				
12	GENERE FACTURAS DE VENTA ELECTRÓNICA Y CUENTAS DE COBRO SOLICITADAS POR LOS SUPERVISORES DE LOS CONVENIOS				
13	DI RESPUESTA A DEMÁS REQUERIMIENTOS EXTERNOS E INTERNOS DEL ÁREA DE FACTURACIÓN				
14	REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL QUE ASIGNÓ EL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
15	PARTICIPÉ EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		84776483		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR E.P.S		17/03/2025	
PENSION:		PROTECCIÓN		17/03/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		17/03/2025	
OTRO		XXXXXX		XXXXXXX	
				\$	
				481.900	
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 Ibo 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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue 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.					

[Handwritten signature]



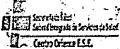
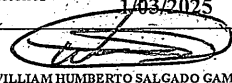
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO			CC:	1015449880
CORREO ELECTRÓNICO:	henrymbo@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 70a no 74a 42			TELÉFONO:	3188473761
				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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)					570110379
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1414 2025	Nº CDP:	2	Nº RP:	6077
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE MARZO DE 2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.893.400				
TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MDA / CTE					

C.C
cel:

HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
1.015.449.880
3188473761

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FI-078 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.015.449.880		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1414 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		11.680.200		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		11.680.200		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:
				\$	3.893.400
N° PAGO / N° DE INFORME:	TRES (3)		N° CRP INICIAL:	6077	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO:
				2	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84776483		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACION:	0	TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):	ADICION	0	PRORROGA
				0	0
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICION:	0	RP DE LA ADICION:	0	TIEMPO PRORROGADO:
				0	0
III. POLIZAS (SI APLICA)					
PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO:	SI		NO		X
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACION:		
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 cargo en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?			X	
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					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			1/03/2025 AL 31/03/2025  WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E)		
			 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	1015449880	HENRY GIOVANNY MARTÍNEZ PUCIDO	CRA 70 A NO. 74 A 42	2522906	henrymbog@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	SI

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
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	1	17/03/2025	84776483	\$481.900

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisaner EPS	830003564-7	194,700	0		0		0	0	0	0	194,700	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	249.200	0	0	0	0	0	0		249.200	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. Afiliado
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.000				38.000	0	0	38.000			380	38.000	

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	194.700	194.700
Pensión	1	249.200	249.200
Riesgos Laborales	1	38.000	38.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	481.900	481.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015449880	HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO		CRA 70 A NO. 74 A 42	25229061	henrymbog@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D/C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

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
					TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	I	17/03/2025	84776483	\$481.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Exempto	Clases de Riesgo	Exempto	IBG	IBL	TAE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solididad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clases de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICDF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1015449880	MARTINEZ PULIDO HENRY GIOVANNY	59	0		N														230201	1,557,360	249,200	0	0	0	0	EP5017	1,557,360	194,700	14-11	1,557,369	3	38,000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA