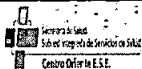


1494

		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-1A-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:		DOS (2)		Nº CRP: 6077 Nº CDP: 2	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS			
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 0 PRORROGAS 0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION: TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO 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	GENERÉ EL INFORME MENSUAL DE CENTROS DE ATENCIÓN				
5	GENERÉ 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	GENERÉ EL INFORME TRIMESTRAL DE RISS DE ACUERDOS A LOS LINEAMIENTOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.				
11	REVISÉ Y DI TRAMITE A LA INFORMACIÓN SOLICITADA POR ENTES EXTERNOS				
12	GENERÉ 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:		83973150		OPERADOR: MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO VALOR PAGADO	
SALUD:		FAMISANAR E.P.S		\$ 194.700	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		\$ 249.200	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 38.000	
OTRO		XXXXXX		XXXXXX \$	
TOTAL PAGADO		\$ 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 Ibe se calcula 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, ent, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scocp 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					

C.C
cel:
HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO
1.015.449.880
3188473761

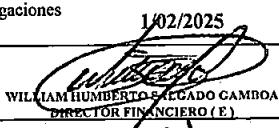


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

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

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HENRY GIOVANNY MARTÍNEZ PULIDO			CC:	1015449880
CORREO ELECTRÓNICO:	henrymbog@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cra 70a no 74a 42			TÉLEFONO:	3188473761
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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 párrafo 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 optarán por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 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 VEINTI NUEVE (29) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 3.893.400				
TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS MDA / CTE					

C.C
cel:
HENRY GIOVANNY MARTÍNEZ 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-FT-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 N°.	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:	DOS (2)		N° CRP INICIAL:	6077	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 2	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83973150		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):		0	0	
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICION:	0	RP DE LA ADICION:	0	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTÓ 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?					
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 SECO?					
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 scoop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?					
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						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		1/02/2025 AL 28/02/2025  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
CC	1015449880	HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO		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.	

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	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83973150	\$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. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS.	830003584-7	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. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	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
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.000				38.000	0	0	38.000			380

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015449880	HENRY GIOVANNY MARTINEZ PULIDO	CRA 70 A NO. 74 A 42	2522906	henrymbog@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01		10/02/2025	83973150	\$481.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotización	Riesgo	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Exención	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1015449880	MARTINEZ PULIDO HENRY GIOVANNY	50	0									230201	1.557.360	249.200	0	0	0	0	EPS017	1.557.360	194.700	14-11	1.557.360	3	38.000		0	0	0	0	0	0

PAGADA