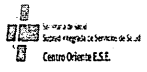


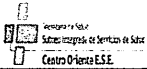
4609

		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					
HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.012.446.615		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4609 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				12 DE FEBRERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S	3.622.579	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S	3.845.865	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 78.564
Nº DE INFORME:		DOS (2)		Nº CRP:	10904
				Nº CDP:	394
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1
VALOR ADICIONADO		S	223.286	CDP DE LA ADICIÓN:	816
				CRP DE LA ADICIÓN:	
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	Descargue las agendas asignadas con el fin de revisar la ERP y generar las facturas de los pacientes que no aplica copago				
2	Verifique las órdenes médicas y autorización física que presente el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
3	Verifique derechos de usuarios en las seguridad social o afiliación del usuario y adjunté a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.				
4	Revisé y validé servicios por frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
5	Actualizé datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.				
6	Facturé los usuarios que no cancelan copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminuir filas en salas de espera.				
7	Generé factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporte con la documentación que presente el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
8	Asistí a Dos capacitaciones del área de facturación				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		84152176		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		12/02/2025	
PENSIÓN:		COLFONDOS		12/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		12/02/2025	
OTRO				S	
				S 442.500	
TOTAL PAGADO					
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 SMDL V (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					

C.C
cel:


HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ
1.012.446.615
3144711945





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: 31/03/2025

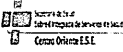
NOMBRES Y APELLIDOS:	HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ	CC:	1012446615
CORREO ELECTRÓNICO:	SANTIAGOCP.SS@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78G 73A 22 SUR	TELÉFONO:	3144711945
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO 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, 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 2% 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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)		Nº CUENTA:	766215925

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4609 2025	Nº CDP:	394	Nº. RP:	10904	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	12 DE FEBRERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE MARZO DE 2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.845.865
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 12/02/2025 AL 28/02/2025						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 78.564						
SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS MDA / CTE							

C.C
cel:
Santiago Pineda
HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ
1.012.446.615
3144711945

[Handwritten signature]

		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 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.012.446.615		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4609 2025		FECHA INICIO CONTRATO	12 DE FEBRERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		3.622.579	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		3.845.865		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 78.564
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)		Nº CRP INICIAL:	10904	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 394
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84152176		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			1 0
VALOR ADICIONADO	223286	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:	0
		III. POLIZAS (SI APLICA)			TIEMPO PRORROGADO: 0
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE POLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA				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?				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					AL 28/02/2025
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E) FAMILIE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION			

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1012446615	HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ		CR 78G 73H 22 SUR	3144711945	santiagopc.ss@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-01	2025-01	I	12/02/2025	84152176	\$442.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	6	800	0	178.800	1

TOTALES PÉNSIÓN												
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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	6	1.000	0	228.800	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	34.700				34.700	6	200	34.900			347	34.900	1

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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	178.000	178.800
Pensión	1	227.800	228.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	442.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012446815	HEIBER SANTIAGO PINEDA SANCHEZ		CR 786 73H 22 SUR	3144711945	santiagopc.ss@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO O PAGO PARAFISCALES Y SALUD						
NO						

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	12/02/2025	84152176	\$442.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Riesgos	Colaborador	Enfermedad	ING	RET	VAS	TAE	ZDS	DPS	UPC	SUA	DEE	LAA	AVP	APP	VCT	IHL	CÓDIGO CORRECCIÓN	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	Cares Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1012446015	PINEDA SANCHEZ HEIBER SANTIAGO	59				N																231001	1,423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1,423.500	178.000	14-11	1,423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA