Secretaría 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** **FORMIATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 1** **FECHA: 2024-09-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ					
	CON C.C N°	41,730,479			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**N° PS 3065 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**01/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 6,287,120**	**PLAZO INICIAL**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 25,148,480**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$3143560**
N° DE INFORME:	8 de 8	**N° CRP:**	16952	**N° CDP:**	316
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARÍA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	948	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23140	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1405	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25575	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1743	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29999	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2237	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34037	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2635	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37760	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3070	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40775	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**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)

ITEM	
1	Realizar el seguimiento de firma electrónica y perfeccionamiento de los contratos y sus modificaciones que lo sean asignadas. Se realizaron 650 seguimientos a la masiva del PIC
2	Apoyar la actualización permanente de bases de datos de la subred que se requieran para el desarrollo de la actividad contractual. : actualizando bases que se encuentran incompletas
3	Apoyar el suministro de información para dar respuesta a los requerimientos y solicitudes allegadas a la Dirección de Contratación; se dio respuesta 7 requerimientos varios
4	Apoyar y garantizar oportunamente las certificaciones que le sean requeridas al Área de Contratación OPS: se realizaron manualmente 53 certificaciones - se descargaron 46 certificaciones de la Intranet para dar respuesta a requrimientos de agisalud, Reclamaciones, y solicitudes en el correo institucional
5	Responder de manera oportuna los requerimientos asignados en la plataforma agisalud. : se dio respúesta a 39 agisalud.
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80047522**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**NUEVA EPS**	**16/09/2024**	**$ 162,500**	
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**NO COTIZO POR EDAD**		
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	**16/09/2024**	**$ 31,700**	
OTRO	**COLSUBSIDIO**	**16/09/2024**	**$ 7,800**	
	TOTAL PAGADO		**$ 202,000**	

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 calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:41730479
CEL:3133928078

Secretaría 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 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: (30/09/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ	**CC:**	41730479
		RUT (NIT):	41730479-5
CORREO ELECTRÓNICO:	isabeliva268@gmail.com	**TELÉFONO:**	3133928078
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 112 # 75-54	**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.

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 ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**8400696244**

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

N° DEL CONTRATO:	**N° PS 3065 2024**	**N° CDP:**	**3070**	**N°. RP:**	**40775**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/09/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 25148480**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2024 AL 30/09/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3,143,560**
	TRES MILLLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS ($3.143.560)					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ C.C 41730479
cel: 3133928078

Secretaría 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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 41.730.479

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**N° PS 3065 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25148480		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$3143560
N° PAGO / N° DE INFORME:	(8 de8)	**N° CRP INICIAL:**	16952	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	316
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N°80047522	**OPERADOR:**	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE CONTRATACION		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARÍA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (948)	**RP DE LA ADICIÓN:**	23140	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1)MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (1405)	**RP DE LA ADICIÓN:**	25575	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1)MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (1743)	**RP DE LA ADICIÓN:**	29999	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1)MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (2237)	**RP DE LA ADICIÓN:**	34037	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1)MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (2635)	**RP DE LA ADICIÓN:**	37760	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1)MES
VALOR ADICIONADO	3143560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	N° (3070)	**RP DE LA ADICIÓN:**	40775	**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:**	
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)

N° DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	XX

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 (01/09/2024) AL (30/09/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN
CARGO DIRECTOR OPERATIVO COFIGO 009 GRADO 05

JUAN SEBASTIAN CASAS - APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	ANA ISABEL JIMENEZ MENDEZ	**NIT:**	41730479
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	agosto 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	agosto 2024
Número de Radicación:	80047522	**Total a pagar:**	$202,000
Fecha de vencimiento:	18/09/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	16/09/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	916379158
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0	$31,700
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$7,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		$0	$162,500
						$202,000

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información