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 CONTRATACION 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

LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.030.631.890**
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 3160 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**01 DE FEBRERO DE 2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (02) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.796.320
Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	**Nº CRP:**	17041	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**SIETE (7)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**SIETE (7)**	**PRORROGAS**	**SIETE (7)**	
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	CRP DE LA ADICIÓN:	22651	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	CRP DE LA ADICIÓN:	26007	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	CRP DE LA ADICIÓN:	29673	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	CRP DE LA ADICIÓN:	33816	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	CRP DE LA ADICIÓN:	38020	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	CRP DE LA ADICIÓN:	41106	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	CRP DE LA ADICIÓN:	[illegible]	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA POLIZA		**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 del sistema de información DGH las agendas asignadas por profesional, especialidad y centro de atencion identificando los pacientes del régimen subsidiado que no generan copagos
2	Realice el seguimiento y distribucion de las citas asignadas de servicios ambulatorios a los facturadores de agenda anticipada para la generacion de registros de servicios
3	Revisé y validé servicios por frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente
4	Recepcioné las facturas generadas por los facturadores de consulta externa en los diferentes puntos de atención
5	Realicé el seguimiento en el Drive de las inconsistencias reportadas de CAPITAL PGP
6	Socialicé a los facturadores de consulta externa las novedades reportadas por el armado de cuentas para su corrección
7	Verifiqué la entrega de facturas de consulta externa para su revisión por parte del analista encargado
8	Realice el bloqueo y/o desbloqueo de ingresos reprtados en el Drive
9	Generé factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soporté con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente
10	Asisti a dos reuniones programadas por el area

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**80644307**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	15/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	15/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	15/10/2024	$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	15/10/2024	$ 26.000
TOTAL PAGADO			$ 428.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realice 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, ruaf)
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 ocasion al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Leidy Ladino Tellez.

LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ
C.C 1.030.631.890
cel: 3173963999

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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ	CC:	1030631890
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	leidinotellez@gmail.com	TELEFONO:	3173963999
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 87D # 2 17	CIUDAD:	BOGOTA D C

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaracion de renta del año gravable 2024.

NO tomare costos y deducciones	(X)
SI tomare costos y deducciones	( )

La presente certificacion se expide para efectos de la retencion en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1.2.4.1.6 y paragrafo 4 del decreto unico 1625 de 2016, modificados por los articulos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicacion de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales

Regimen Simple De Tributación RESOLUCION 000165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributacion		SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 91226919959
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)			

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 3160 2024	Nº CDP:	3395	Nº. RP:	43110	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE FEBRERO DE 2024	FECHA DE TERMINACION CONTRATO:		31 DE OCTUBRE DE 2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/10/2024 AL		31/10/2024			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$						1.796.320
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTAY SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA / CTE						

Leidy Ladino Tellez.

LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ
C.C 1.030.631.890
cel: 3173963999

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
VERSION: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			: 930.631.890		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION 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 3160 2024	FECHA INICIO CONTRATO		01 DE FEBRERO DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			3.592.640
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 16.166.880		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.796.320
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	NUEVE (9)	Nº CRP INICIAL:	17041	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		80644307	OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAYIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	SIETE (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				SIETE (7)	SIETE (7)
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22651	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26007	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29673	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33816	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38020	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41106	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	1796320	CDP DE LA ADICIÓN:	3585	RP DE LA ADICIÓN:	43110	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		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 autorizo 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 ejecucion de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presento 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 articulo 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:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO
	CAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030631890	LEIDY KATERINE LADINO TELLEZ		carrera 87d #1 a 17	3173963999	lladinotellez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 Independiente			BOGOTA D. C.	BOGOTÁ D.C.		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	
2024-09	2024-09	1	15/10/2024	80644307	$428.200	

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	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias 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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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