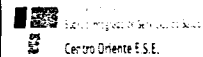


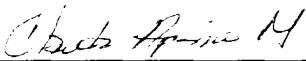
SEBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSION: 2	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		FECHA: 2024-09-16	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		35472336	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3263 2024	
FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		5.344.952	
PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		24.048.234	
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		2.672.026	
Nº DE INFORME:		NUEVE (9)	
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:		7	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		957	
CRP DE LA ADICIÓN:		22726	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		1372	
CRP DE LA ADICIÓN:		26077	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		1722	
CRP DE LA ADICIÓN:		29740	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		2229	
CRP DE LA ADICIÓN:		33879	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		2661	
CRP DE LA ADICIÓN:		38080	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		3107	
CRP DE LA ADICIÓN:		41165	
VALOR ADICIONADO		2.672.026	
CDP DE LA ADICIÓN:		3385	
CRP DE LA ADICIÓN:		43165	
VALOR ADICIONADO		5	
CDP DE LA ADICIÓN:		-	
CRP DE LA ADICIÓN:		-	
VALOR ADICIONADO		5	
CDP DE LA ADICIÓN:		-	
CRP DE LA ADICIÓN:		-	
VALOR ADICIONADO		5	
CDP DE LA ADICIÓN:		-	
CRP DE LA ADICIÓN:		-	
III. POLIZAS			
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	
NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO	
FECHA DE APROBACIÓN:		X	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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)			
1. Se recepcionó del correo las facturas generadas y organizadas por pagador.			
2. Se verificó historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido			
3. Se realizó la liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago			
4. Se realizó la legalización de las facturas que contienen las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)			
5. Se realizó devoluciones de las facturas electrónicas de venta (FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna			
6. Se validó que los cargos estén acoden a RIPS oportunamente por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago.			
7. Se validó los soportes para garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas			
8. Se informó oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas			
9. Se validó las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas			
10. Se realizó acompañamiento los facturadores que se encuentran en los centros de atención, garantizando los soportes necesarios para la radicación efectiva			
11. Se está en disposición cuando sea necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.			
12. Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS			
13. Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		X380516571	
OPERADOR:		MII PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	
SALUD:		NUEVA EPS	
PENSIÓN:		PORVENIR	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR	
OTRO:		-	
TOTAL PAGADO		5.194.500	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que describo las actividades descritas en el informe anexo dentro del período de cobro			
2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde 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 SMMI V (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rui)			
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo accop 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			
Claudia Cristina Aparicio Menendez			
CC: 35472336			
CEL: 313854317			

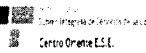


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ			CC:	35472336	
				RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiaapariciom19@gmail.com			TELÉFONO:	3138543317	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 1 A 48 J 07 SUR			CIUDAD:	BOGOTA D.C	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.						
NO tomare costos y deducciones				(X)		
SI tomare 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 : RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102594660
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DELEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 3263 2024	N° CDP:	3385	N° RP:	43165	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDAS ADICIONES: \$ 24048237	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTO SETENTA Y DOS MIL VEINTI SEIS PESOS MDA/CTE					


CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ
C.C 35472336
cel: 3138543317

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			35.472.336		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 3263 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		5.344.052	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 24.048.234		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: 2.672.026	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		NUEVE (9)		Nº CRP INICIAL: 17130	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 136	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		NUEVE (9) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		8380516571		OPERADOR: MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - HOSPITALIZACION			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (7)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		ADICION (7)	
		CDP DE LA ADICIÓN: 957		PRORROGA (7)	
		RP DE LA ADICIÓN: 22726		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 1372	
		RP DE LA ADICIÓN: 26077		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 1722	
		RP DE LA ADICIÓN: 29740		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 2229	
		RP DE LA ADICIÓN: 33879		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 2661	
		RP DE LA ADICIÓN: 38080		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 3107	
		RP DE LA ADICIÓN: 41165		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		2.672.026		CDP DE LA ADICIÓN: 3385	
		RP DE LA ADICIÓN: 43165		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:	
				RP DE LA ADICIÓN:	
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?		/	
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 SECOP?		/	
4		¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de paratisciales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		/	
5		¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		/	
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 (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			
		YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ
No. Identificación: CC35472336
Dirección: KRA 128 A N 28 28
Telefono: 7967522
Correo: claudiaapariciom19@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380516571

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ
Tipo y número de identificación	CC35472336
Número de planilla	8380516571
Fecha pago	2024-10-10
Número de autorización pago	34038383
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2024
Número de Administradoras	2
Total Pagado	194500
Total Intereses de Mora	300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	31800	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	162700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35472336
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037		1300000	0	1300000	0	162500	0	0	0	31700	0



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **35,472,336** es afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el 01 de Junio de 2002, actualmente tiene la **SOLICITUD POR PENSION DE GARANTIA MINIMA** ante esta Sociedad Administradora.

La presente certificación se expide el 02 de abril de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



Tenga en cuenta:

En los Fondos privados como Porvenir la pensión es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).

Información básica de la planilla

Empresa:	CLAUDIA CRISTINA APARICIO MENDEZ	NIT:	35472336
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2024
Número de Radicación:	8380516571	Total a pagar:	\$194,500
Fecha de vencimiento:	09/10/2024	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	10/10/2024	Número de Administradoras:	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número Autorización:	34038383
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	\$31,800
EPS037	900156264	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	1		\$0	\$162,700
						\$194,500

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

Le informamos que el pago de la planilla No. 8380516571, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.