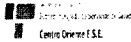
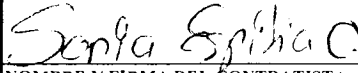
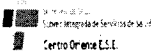
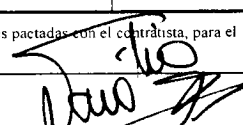
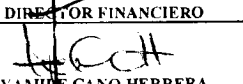


<div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div>		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SONIA ESPITIA CASTELLANOS			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.131.951	
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 N.º		PS 3285 2024	FECHA INICIO CONTRATO
1/02/2024			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.344.052	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
(2) DOS MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	24.048.234	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
\$		2.672.026	
Nº DE INFORME:	(9) NUEVE	Nº CRP:	17151
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	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
957		CRP DE LA ADICIÓN:	22746
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
1372		CRP DE LA ADICIÓN:	26095
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
1722		CRP DE LA ADICIÓN:	29758
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
2229		CRP DE LA ADICIÓN:	33896
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
2661		CRP DE LA ADICIÓN:	38096
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
3107		CRP DE LA ADICIÓN:	41181
VALOR ADICIONADO	\$	2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:
3385		CRP DE LA ADICIÓN:	45180
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:
-		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	\$	-	CDP DE LA ADICIÓN:
-		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 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)			
ITEM			
1	De los ingresos asignados se verificó que se encuentran cargados los procedimientos y todo lo realizado al paciente		
2	Se realizó verificación de liquidaciones asignadas teniendo en cuenta: valores y contabilidad actual		
3	Se verificó que de acuerdo de voluntades se realizara correo de no capacidad de pago si el paciente no tiene capacidad de pago		
4	Se realizó seguimiento a los correos enviados para subsanar las objeciones		
5	Se informó de los ingresos que tiene dificultad para poder generar factura		
6	Se brindó apoyo a central de liquidación, en cuanto a dudas, sopores, etc.		
7	Se informó y se realizó seguimiento a las objeciones en forma permanente		
8	Se verificó que ventanillas cuenten con los sopores de contingencia		
9	Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS		
10	Se realizó bloqueo y desbloqueo de horas de trabajo		
11	Se realizó seguimiento y reporte de suat unidad santa clara		
12	Se dio autorización de anticipos a los usuarios que lo solicitan		
13	Se realizó cruces a diario de los pacientes con salida		
14	Se realizó cargue de cuentas asignadas		
15	Se realizó asignación y seguimiento de cuentas largas estancias y abandonos		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	7938922645	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	19/09/2024	\$ 229.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	19/09/2024	\$ 293.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	19/09/2024	\$ 44.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 567.300
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 dsc 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 cps, arl, pensión, ruti)			
3 - Que adjunte evidencia del cargue en el aplicativo scorp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro			
4 - Que autorice los impuestos a que esen obligado a pagar, por ocurrir 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			
Sonia Espitia C.			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:			
CC: 52131951			
CEL: 3153247650			

 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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		SONIA ESPITIA CASTELLANOS			CC:		52131951
CORREO ELECTRÓNICO:		SONESPI11@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CALLE 61 A 100 A 91 SUR CASA 4 MANZ 8			TELÉFONO:		3153247650
					CIUDAD:		BOGOTA
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 : 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA							004870301746
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 3285 2024	Nº CDP:	3385	Nº. RP:	43180	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 9 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 24048234
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 SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MDA/CTE					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 52131951 cel: 3153247650							

		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							
NOMBRE DEL CONTRATISTA			SONIA ESPITIA CASTELLANOS				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.131.951				
I. INFORMACION 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 3285 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:	(9 de 9)		Nº CRP INICIAL:	17151	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 136		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE(9) MESES						
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7938922645		OPERADOR:	SOI			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - COORDINACION						
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):		ADICION (7)	PRORROGA (7)		
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22746	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26095	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29758	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33896	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38096	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41181	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43180	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:	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿FACTO 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 declaracion 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 parafiscales, 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 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					
		 YANINE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN: CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO RAZÓN SOCIAL: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL CIUDAD/MUNICIPIO: BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL DIRECCIÓN: CALLE 51 A N 100 A 51 SUR TIPO APORTANTE: 02 INDEPENDIENTE TIPO EMPRESA: PRIVADA FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD: SENA LICUBF (REFORMA TRIBUTARIA)					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1211191 SONIA F-SHITA CASTELLANOS BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL FECHA DE NACIMIENTO: 7/3/1977 INICIAL (NOMBRE): Actividades laborales y facultades de la M.I. No:					NÚMERO PLANILLA: 7938922645 PERIODO COTIZACIÓN OTROS: septiembre AÑO 2024 FECHA PAUO (aaaa/mm/dd): 20/4/2019 TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD MES: septiembre AÑO 2024 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1/44/199/20									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VIA UNITARIOS		FSP		MORA		TOTALES	
25-14	25-14 COLPENPENS		1	\$ 293.400	EMPLEADOR	\$ 0	COTIZANTE	\$ 0	SOLIDARIDAD	\$ 0	SUBSISTENCIA	\$ 0
SUBTOTALES:											\$ 293.400	\$ 0

TOTAL APORTES A SALUD												
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	LICENCIA MATERNIDAD	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES
EP5002	EP5002 SALUD TOTAL		1									
SUBTOTALES:												\$ 229.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RPP	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
14-11	14-11 ARL SURIA		1									
SUBTOTALES:												\$ 44.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES												
DATOS DEL COTIZANTE												
Nº IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COD. OMBANDO	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN
1211191	SONIA F-SHITA CASTELLANOS	02 INDEPENDIENTE		\$ 1.833.400		NO						
NOVEDADES												
ADMIN	IBIC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VIA UNITARIOS	INDICADOR DE TASA DE COTIZACIÓN	TOTAL APORTES	ADMIN	IBIC	COTIZACIÓN	VALOR APORTES	TOTAL APORTES	ADMIN
25-14 COLPENPENS	1.833.400	\$ 293.400	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 293.400	25-14 COLPENPENS	1.833.400	\$ 229.200	\$ 0	\$ 229.200	14-11 ARL SURIA
SUBTOTALES:												

TOTAL \$ 567.300