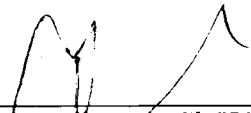
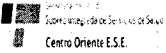


 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/10/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ISLENY KATERINE MARTINEZ MARTINEZ			CC:	1031123554	
CORREO ELECTRÓNICO:		FACTURACIONCXEXTERNA@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		TV 39 B # 41 A 26 SUR			TELÉFONO:	3103121328	
					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 : RESOLUCION 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:		DAVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	8480337453
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 3145 2024	Nº CDP:	3385	Nº. RP:	43102	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 09 MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 16.166.880	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		S 1.796.320,00					
		UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
 ISLENY KATERINE MARTINEZ MARTINEZ C.C 1.031.123.554 BOGOTA cel: 3103121328							

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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			ISLENY KATERINE MARTINEZ MARTINEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.031.123.554			
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 ACTIVADES 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 3145 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		3.592.640,00		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 16.166.880,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.796.320,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(9 de 9)	Nº CRP INICIAL:	17026	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	136	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81044168		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN					
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	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22640	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	25996	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29663	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33806	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38011	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41098	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.796.320	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43102	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)						
¿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 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 (01/10/2024) 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 CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION				

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031123554	ISLENY KATERINE MARTINEZ MARTINEZ		TRV 39 B 42 34 SUR INT 18	7132326	sarakiciamartinez2018@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	17/10/2024	81044168	\$430.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mera Cotización	Valor Mera UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mera Cotización	Valor Mera FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mera Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Salde a Favor	Valor Salde a Favor	Fonde Solidaridad	Total a Pagar
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	6	200	31.900			317	31.900

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mera Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	6	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mera 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	162.500	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	430.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031123554	ISLENY KATERINE MARTINEZ MARTINEZ		TRV 39 B 42 34 SUR INT 18	7132326	saraluciamartinez2018@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

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	17/10/2024	81044168	\$430.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Corriente	Suplido	Extensión	Código	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Extensión	Cód. AFP	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1031123554	MARTINEZ MARTINEZ ISLENY KATERINE	59	0		N										25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0		