Centro Oriente E.S.E.	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	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ANGY VIVIANA CORZO SARMIENTO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.023.949.022				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4795 2024	FECHA INICIO CONTRATO		4/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	30/09/2024			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.344.052		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026	
N° DE INFORME:	2	N° CRP:	41348	N° CDP:	2893	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTISIETE DIAS (27)					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3336	CRP DE LA ADICIÓN:	42809	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Realice seguimiento por medio de los diferentes reportes generados en Dinamica Gerencial , de las actividades realizadas por admisiones y autorizaciones
2	Gestione respuesta de cada una de las solicitudes que se hacen frente a las inconsistencias y/o faltantes de autorizaciones de forma oportuna
3	Di respuesta oportunada a cada una de las inquietudes que presentan el grupo de autorizaciones frente al proceso
4	Realice capacitaciones periodicas al grupo de admisiones y autorizaciones; incluyendo al personal nuevo que ingrese al area
5	Realice seguimiento y acompáñamiento personalizado periodicamente en la unidades
6	Informe al Referente del area y al supervisor, las novedades e inconvenientes que requerian su intervención
7	Participe en actividades que se requerian y sean coordinadas por el área
8	Asisti y participe en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programaron en el area
9	Apoye al referente en la realizacion de los diferente informes requeridos de la gestion del area
10	Asisti a los diferentes espacios donde se requeria la participacion del area en los momentos que lo requeria el lider del proceso
11	Realice Seguimiento al Censo de las Unidades asignadas.
12	Revise e hice seguimiento de los pagares de los pacientes definidos como particulares desde el proceso de autorizaciones por el monto definido por referente del proceso

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	7941461888		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	8/10/2024	$	162.700	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	8/10/2024	$	208.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA	8/10/2024	$	31.800	
OTRO	0	8/10/2024	$	-	
TOTAL PAGADO				$ 402.700	

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 periodo correspondiente

Angy Corzo

ANGY VIVIANA CORZO SARMIENTO
CC 1023949022
CEL 3204256958

4

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: (31/10/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGY VIVIANA CORZO SARMIENTO			CC:	1023949022
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	acmfc46@gmail.com			TELÉFONO:	3204256958
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CLL 46G SUR 16A-65 ESTE			CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomaré costos y deducciones				( )	
SI tomaré costos y deducciones				(X)	
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					
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 (X)	NO ( )
BANCO AL CUÁL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008400732296

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4795 2024	N° CDP:	3336	N°. RP:	42809	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN MES (1) Y VEINTISIETE DIAS (27)
FECHA DE INICIO CONTRATO	4/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/09/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:$ 5.344.052
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.672.026					
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS					

Angy Corzo S

ANGY VIVIANA CORZO SARMIENTO
CC: 1023949022
TELÉFONO: 3204256958

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	CODIGO: AP-IA-FT-078 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**ANGY VIVIANA CORZO SARMIENTO**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.949.022		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4795 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		4/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.672.026				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.344.052		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.672.026,00
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	**N° CRP INICIAL:**	42809	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2893
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN MES (1) Y VEINTISIETE DIAS (27)				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7941461888		**OPERADOR:**		SOI
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**		**ADICION (1)**	**PRORROGA (1)**
VALOR ADICIONADO	$ 2.672.026	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3336	**RP DE LA ADICIÓN:**	42809	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN MES (1)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
N° DE PÓLIZA:	-	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			-
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 de 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:	NOMBRE Y FIRMA EL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO
	NOMBRE Y FIRMA APOYO DEL SUPERVISOR: YENI ROCIO AVILA RONDON PERFIL: REFERENTE DE AUTORIZACIONES

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACION:	1023949022
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANGIE VIVIANA CORZO SARMIENTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CLL46 D SUR 6 A 13 ESTE	TELEFONO:	2091970
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Procesamiento de datos, alojamiento (hosting) y a
FORMA DE PRESENTACION:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			7941461888	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2024
DIAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/10/08	NUMERO AUTORIZACIÓN:			968199704

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 208.000	$ 200	$ 208.200
SUBTOTALES:										$ 208.000	$ 200	$ 208.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 200	$ 0	$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 200	$ 0	$ 162.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 100	$ 0	$ 31.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES										
																										PENSIÓN									SALUD									ARP																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	LMA	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1023949022	CORZO SARMIENTO ANGIE VIVIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.300.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	$ 102394902	$ 31.700	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 402.700