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 GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 1 FECHA: 2024-09-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NATALIA OCAMPO CASTRO					
CON C.C N°	52.515.365				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4784 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.618.827	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y CUATRO (4) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.080.427		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 8.487.200
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	40605	Nº CDP:	3056
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO-JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTIT				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2	
VALOR ADICIONADO	$ 8.487.200,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3357	CRP DE LA ADICIÓN:	43253	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.974.400,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3681	CRP DE LA ADICION:	46484	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Consolidado de necesidades asistenciales de las USS DE SERVICIOS DE NO CONTROL ESPECIAL
2	Atención a proveedores
3	Consolidar el estudio de mercado para el proyecto de NO Control Especial para la Subred
4	Consolidar el estudio de mercado para el proyecto UMO, adquisición de DOS (2) Unidades Moviles Medico Odontologicas
5	Consolidar el estudio de mercado para el proyecto AMBULANICAS, adquisición de ONCE (11) Ambulancias TAB y DOS (2) Ambulancias TAM
6	Análisis y verificación de documentación tecnica para el proyecto UMO, AMBULANCIAS Y CONTROL ESPECIAL
7	Ajuste anexos y elaboración de formatos para nueva radicación de proyectos de Control especial USS Santa Clara, USS Materno, USS Victoria, USS JEG, USS San Blas y Proyecto Gastroenterologia
8	Radicación proyecto Control Especial
9	Radicación proyecto UMO y AMBULANICAS
10	Consolidacion estudios y diseños proyecto energia fotovoltaica, recorrido Hospital Santa Clara
11	
12	
13	

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81475462	OPERADOR:	SOI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	01/11/2024	$ 536.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	01/11/2024	$ 686.100
RIESGOS LABORALES:	SURA	01/11/2024	$ 104.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 1.326.600

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro
2 - Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculo sobre el 40% de los ingresos mensualizados 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, ccf)
3- Que adjunto evidencias del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro
4 - Que autorizo los impuestos a que esté obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

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

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo: Documentos de Respuesta Agilsalud, Correo Electronico Institucional

NATALIA OCAMPO CASTRO
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:52.515.365
CEL:3118247685

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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 5 FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA OCAMPO CASTRO	**CC:**	52515365
CORREO ELECTRÓNICO:	proyectos.noca@gmail.com	**TELÉFONO:**	3118247685
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 103 # 71B - 05	**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			
Régimen 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:** *473870002408*

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4784 2024	**Nº CDP:**	3661	**Nº. RP:**	45484	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/08/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $35,080,427
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE					
	$ 8,487,200					

NATALIA OCAMPO CASTRO
C.C 52515365
Cel: 3118247685

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	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 1

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NATALIA OCAMPO CASTRO

CON C.C Nº 52.515.365

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4784 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.080.427		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 8.487.200
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	Nº CRP INICIAL:	40605	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DÍAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81375462		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO-JEFE OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTIT.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 8.487.200,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3387	RP DE LA ADICIÓN:	43253	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.974.400,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3661	RP DE LA ADICIÓN:	45484	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO JEFE ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL

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	52515365	NATALIA OCAMPO CASTRO	carrera 103#74B 05 apto 303	3118247685	nocampoc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C.		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	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81375462	$1.326.600	

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	536.000	0		0		0	0	0	0	536.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	686.100	0	0	0	0	0	0		686.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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	104.500				104.500	0	0	104.500			1.045	104.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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	536.000	536.000
Pensión	1	686.100	686.100
Riesgos Laborales	1	104.500	104.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.326.600	1.326.600

Este documento es una copia fiel y completa del original que reposa en nuestros archivos de la Corporación

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52515365	NATALIA OCAMPO CASTRO	carrera 103#74B 05 apto 303	3118247685	nocampoc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2024-10	2024-10	I	01/11/2024	81375462	$1.326.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52515365	OCAMPO CASTRO NATALIA	59	0			N																	25-14	4.287.989	686.100	0	0	0	0	EPS017	4.287.989	536.000	14-11	4.287.989	3	104.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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