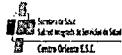
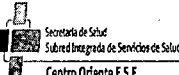
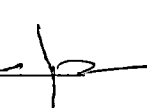


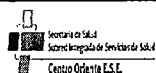
3293

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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					
KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			28.797.843		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLÓGICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN OBJETO: LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3293 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.838.040		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				(2 DOS MESES)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 32.109.221		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.919.020	
Nº DE INFORME:		10		Nº CRP:	
				17159	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE MESES (11)		Nº CDP:	
				136	
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:		OCIO (8)		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		ADICIONES	
				957	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		OCHO (8)	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		22754	
				PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		TIEMPO PRORROGADO:	
				UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.838.040		TIEMPO PRORROGADO:	
				DOS (2)	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				DD/MM/AAAA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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		Se realizó la recepción por correo electrónico del grupo de Armado de cuentas de relaciones de envío para la generación y validación de RIPS.			
2		Se realizó envíos de información cada 7 días			
3		Se generó evidencias errores y se les socializa para su respectiva corrección			
4		Se realizó el cargue y validación de los medios magnéticos RIPS y generación de certificados de validación exitosa de los diferentes validadores de los EPS.e			
5		Se realizó entrega por correo electrónico al grupo de Armado de cuentas y Radicación de los certificados de validación exitosa, así como los medios magnéticos RIPS generados de acuerdo a las relaciones de envío recibidas.			
6		Se realizó la descarga de los medios magnéticos RIPS, desde el módulo asignado en el Sistema de Información Dinámica Gerencial Hospitalaria DGH.			
7		Se realizó entrega de medios magnéticos RIPS vía correo electrónico los días 15 de cada mes.			
8		Se realizó el envío por correo electrónico al grupo de Radicación y Armado de cuentas los medios magnéticos RIPS y los certificados de validación exitosa.			
9		Se realizó la depuración, ajustes y se validan los medios magnéticos RIPS de acuerdo a la Resolución 3374 de 2000, circular 029 de 2017 y el Cio-10.			
10		Se realizó el envío de parte de devoluciones autorizaciones y facturación se hace la respectiva devolución, se valida se envía al área su respectiva validación			
11		Se realizó el envío de los diferentes radicados que solicita el armado para su respectiva radicación ante las entidades			
12		Se realizó el informe de APIH del mes de octubre de 2024			
13		Se realizó las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato, seguimiento, actualización, creación y verificación de página web, formularios, hojas de cálculo y drive del área de facturación.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9476292975		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		12/11/2024	
PENSIÓN:		COLFONDOS		12/11/2024	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		12/11/2024	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 402.200	
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 ítem 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 eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					
Kare Paola Sanchez Lopez KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ CC: 28797843 CEL: 3223553532					

Andre

se

		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: (30/11/2024)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ			CC:		28797843
CORREO ELECTRÓNICO:		KSANCHEZLOPEZ@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 79 C BIS # 56 SUR 03			TELÉFONO:		3223553532
					CIUDAD:		BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.							
NO tomaré costos y deducciones				(X)			
SI tomaré 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:		BANCO BBVA		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)							552167363
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 3293 2024	Nº CDP:		3657	Nº. RP:	45064
						PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO		1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		S 32.109.221
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		S 2.919.020 DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS MONEDA C/TE					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%;"> <p><i>Abel</i></p> <p><i>Karen Paola Sanchez Lopez</i></p> <p>KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ C.C 28797843 cel:3223553532</p> </div> <div style="width: 60%; text-align: right;">  </div> </div>							



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN

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					KAREN PAOLA SANCHEZ LOPEZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD					28.797.843				
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGO DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN OBJETO: LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E							
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 3293 2024		FECHA INICIO CONTRATO			1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$		5.838.040				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 32.109.221			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:			\$ 2.919.020	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		DIEZ (10)		Nº CRP INICIAL:		17159		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 136	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DIEZ MESES (10)							
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			9476292975		OPERADOR:		APORTES EN LÍNEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:			FACTURACIÓN - ARMADO Y RADICACIÓN						
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:		OCHO (8)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			OCHO (8)		OCHO (8)
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 957		RP DE LA ADICIÓN: 22754		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 1372		RP DE LA ADICIÓN: 26103		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 1722		RP DE LA ADICIÓN: 29766		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 2229		RP DE LA ADICIÓN: 33903		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 2661		RP DE LA ADICIÓN: 38103		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 3107		RP DE LA ADICIÓN: 41188		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 3385		RP DE LA ADICIÓN: 43187		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.919.020		CDP DE LA ADICIÓN: 3657		RP DE LA ADICIÓN: 45064		TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)									
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI		NO		X		
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:						
FECHA DE LA PÓLIZA			ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:						
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS									
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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 parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?							
5		¿Que adjunto evidencia del cargo 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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)									
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:				SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO					
				YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACIÓN					

Anexo 1



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 28797843		SANCHEZ LOPEZ KAREN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 79 C BIS NO 56 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6638195	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1000000683		9476292975	I	2024/11/14	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código
Sucursales: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0	
1	CC 28797843	SANCHEZ KAREN	231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500	0		\$0	\$0	14-7
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 28797843		SANCHEZ LOPEZ KAREN PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 79 C BIS NO 56 03 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6638195	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	1000000683	9476292975	I	2024/11/14	2024/11/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$402,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SÁLDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0		\$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$208,000	\$0	\$0		\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0		\$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$31,700	\$0	\$0		\$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0		\$162,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$0	\$0		\$162,500
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0		\$402,200

