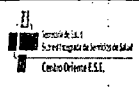
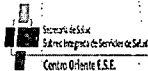


554

		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-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ANA DORIS BECERRA GARZON					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.734.789		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 5540 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				6 DE NOVIEMBRE DE 2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.987.782	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4.987.782	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	2.226.688
Nº DE INFORME:	UNO (1)		Nº CRP:	47470	Nº CDP: 3595
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO:		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS					
¿PACTO 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 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 CONFIRMARON ORDENES DE SERVICIO				
2	SE REVISÓ HISTORIAS CLÍNICAS CONTRA PREFACTURA VERIFICANDO SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS PRESTADOS				
3	SE REVISÓ SOPORTE ENTREGADOS POR EL ÁREA DE AUTORIZACIONES				
4	SE REALIZÓ EGRESO EN DGH				
5	SE GENERARON LAS FACTURAS ELECTRÓNICAS DE LAS CUENTAS ASIGNADAS				
6	SE VERIFICÓ CÓPAGOS Y SE INFORMÓ PARA RESPECTIVO LEGALIZACIÓN EN EL SISTEMA DGH				
7	SE REALIZÓ SOLICITUD DE CRÉDITO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES				
8	SE REALIZÓ EL CIERRE DE LAS CUENTAS ASIGNADAS				
9	SE ENTREGÓ FACTURAS ELECTRÓNICAS CON SUS RESPECTIVOS SOPORTE SEGÚN NORMA VIGENTE				
10	SE APLICÓ PLAN DE CONTINGENCIA EN LOS DÍAS DE FALLA DEL SISTEMA				
11	SE REALIZÓ LA ACTUALIZACIÓN DE LA NORMATIVIDAD				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:	9477054522		OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		15/11/2024		\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR		15/11/2024		\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA		15/11/2024		\$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR		15/11/2024		\$ 26.000
TOTAL PAGADO					\$ 428.200
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 Ibc se calculó 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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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					
ANA DORIS BECERRA GARZON					
C.C	52.734.789				
tel:	3507949757				



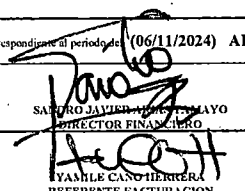
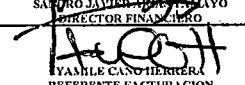
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA DORIS BECERRA GARZON			CC:	52734789
CORREO ELECTRÓNICO:	adorbeg@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 2 # 93D - 30			TELÉFONO:	3507949757
				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					()
bre 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 ext					
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 DE BOGOTA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					052408671
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5540 2024	Nº CDP:	3595	Nº. RP:	47470
FECHA DE INICIO CONTRATO	26 DE NOVIEMBRE DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE DICIEMBRE DE 2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 6/11/2024		AL 30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 4.987.782
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS).	S 2.226.688				
DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MDA/CTE					

C.C.
cel:

ANA DORIS BECERRA GARZON
52.734.789
3507949757

<div>  <div> 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 </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16 </div> </div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ANA DORIS BECERRA GARZON	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.734.789	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 5540 2024	FECHA INICIO CONTRATO	6 DE NOVIEMBRE DE 2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.987.782	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4.987.782	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.226.688
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	47470
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3595
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS:	UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477054522	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	9477054522		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	0 0
III. PÓLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ PÓLIZAS 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 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 cargue 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 de (06/11/2024) 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 FACTURACION	

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 52734789		BECERRA GARZON ANA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 2 ESTE # 43B - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1051267336	9477054522	I	2024/11/25	2024/11/15	BANCO DE BOGOTA	\$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0	
1	CC	52734789	BECERRA ANA	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5008	30	\$1,300,000	\$162,500	CCF24	30	\$1,300,000	\$26,000	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000			\$1,300,000	\$31,700		\$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 52734789		BECERRA GARZON ANA DORIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 2 ESTE # 43B - 35 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1051267336	9477054522	I	2024/11/25	2024/11/15	BANCO DE BOGOTA	0	\$428,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$26,000	\$0	\$0	\$26,000
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	\$428,200	\$0	\$0	\$428,200

