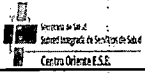


5542

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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			
LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		53.152.851	
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 5542 2024	FECHA INICIO CONTRATO	06 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:	3595
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS		
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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS			
¿PACTÓ 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 PERÍODO, 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	Realicé seguimiento a los ingresos asignados para su respectivo cierre		
2	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demás actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en los ingresos asignados		
3	Verifiqué los soportes de autorización pestaña de requerimientos en el sistema de información DGH		
4	Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica para su respectivo cobro a la ERP		
5	Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP		
6	Informé y/o socialicé al profesional encargado las novedades presentadas durante el desarrollo de mis actividades		
7	Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas		
8	Generé las facturas y/o registros de servicios de los pacientes asignados en el drive verificando (según aplique) el cargue de sus respectivos soportes en la pestaña de requerimientos del sistema de información DGH		
9	Realicé las correcciones reportadas por los tecnólogos auditores y/o profesional encargada		
10	Apoyé los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caídas del sistema y bases de datos reportandole al profesional encargado		
11	Asistí a dos reuniones programadas por el área y a las capacitaciones realizadas por el grupo de auditoría de cuentas		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	81724503	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	13/11/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/11/2024	\$ 31.700
OTRO		13/11/2024	
TOTAL PAGADO			\$ 402.200
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 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 SMLLV (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 período correspondiente			

LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE
C.C 53.152.851
cel: 3057995790



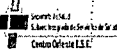
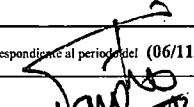
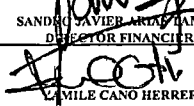
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

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

DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE				CC:	53152851	
CORREO ELECTRÓNICO:	leandian14852@gmail.com				RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10C No 27 - 11 SUR				TELÉFONO:	3057982864	
					CIUDAD:	BOGOTÁ	
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:	BBVA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	036169282
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA *DESPLIEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5542 2024	Nº CDP:	47472	Nº. RP:	3595	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	06 DE NOVIEMBRE DE 2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE DICIEMBRE DE 2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	4.987.782
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 6/11/2024 AL 30/11/2024						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S						2.226.688
DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTISEIS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MDA / CTE							


LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE
C.C. 53.152.851
cel: 3057985790

4

		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: AF-IA-FI-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.152.851			
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5542 2024		FECHA INICIO CONTRATO		
				06 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 CRF INICIAL:		
				3595		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRÓRROGAS		UN (01) MES Y VEINTICINCO (25) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81724503		OPERADOR:		
				SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		FACTURACION - HOSPITALIZACION				
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:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		
				0 0		
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?					
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 mas objeto de cobro?					
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 (06/11/2024) AL (30/11/2024)						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO DIRECTOR FINANCIERO				
		 CAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53152851	LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE		carrera 10 c 27 11 sur	4731908	leandian@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81724503	\$402.200

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23		Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53152851	LEYDY ANDREA DIAZ ANDRADE		carrera 10 c 27 11 sur	4731908	leandian@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81724503	TOTAL A PAGAR \$402.200

TALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
Tpo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	ETC	ETC	ETC	ETC	ETC	ETC	ETC	ETC	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 Rango	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
CC	53152851	DIAZ ANDRADE LEYDY ANDREA	59	0	N											25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

