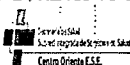
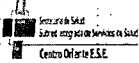


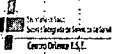
5547

		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-877 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LUDY ESPERANZA TRIANA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.739.661		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 5544 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
6/11/2024					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$		4.987.782		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
DOS (2) MESES					
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:	
47474				Nº CDP:	
3595					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		DOS (2) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
III. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
PRORROGAS		TIEMPO PRORROGADO:			
VALOR ADICIONADO \$		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
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 descargo Drive de asignacion de ingresos central de liquidacion				
2	Se realizó cruce de insumos y/o medicamentos no contratados en la EAPB				
3	Se realizó retroalimentación en inconsistencias evidenciadas				
4	Se verificó contra matriz de contratación tarifas paquetes y demás procedimientos realizados a cada paciente				
5	Se realiza devoluciones de las facturas electrónicas de venta (FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.				
6	Se realizó facturación de acuerdo a contratación vigente y planes de beneficios correspondientes				
7	Se Verificó que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.				
8	Se Realizó búsqueda de soportes contra ho clinica y aplicativos proporcionados en auditoria				
9	Se Adjuntó requerimientos de DGH soportes requeridos para radicación de cuentas				
10	Se Adjuntó requerimientos de DGH soportes requeridos para radicación de cuentas				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		81391469		OPERADOR:	
MI PLANILLA					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		SANITAS		14/11/2024	
\$				162.500	
PENSIÓN:		COLFONDOS		14/11/2024	
\$				208.000	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		14/11/2024	
\$				31.700	
OTRO		COLSUBSIDIO		14/11/2024	
\$				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 Ibe 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 cps, 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) Aneor evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
Ludy Triana LUDY ESPERANZA TRIANA CC: 52739661 CEL: 3103264715					

		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:		LUDY ESPERANZA TRIANA				CC:	52739661
CORREO ELECTRÓNICO:		LUDYTRIANA@GMAIL.COM				RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 13 #8 -29 SUR				TELÉFONO:	3103264715
						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 ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO DE BOGOTÁ		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102548807
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5544 2024	Nº CDP:	3595	Nº. CRP:	47474	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	DOS (2) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.987.782
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 06/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		\$ 2.226.688					
		DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI SEIS MIL SEISIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS MDA/CTE					


LUDY ESPERANZA TRIANA
C.C 52739661
cel: 3103264715

4

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		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			LUDY ESPERANZA TRIANA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.739.661		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION 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 5544 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				6/11/2024	
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:	
				3595	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81391469		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
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	
VALOR ADICIONADO		\$		CDP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				RP DE LA ADICIÓN:	
				0	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS					
ITEM		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 SECOPT?			
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 adjuntó evidencia del cargue en el aplicativo secoop 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 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			
		FAMILIE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52739661	LUDY ESPERANZA TRIANA	carrera 10 bis No2-63	2892687	ludy triana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81391469	\$428.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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 - Substancia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227640-6	208.000	0	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002903-2	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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	1

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	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52739661	LUDY ESPERANZA TRIANA	camera 10 bis No2-63	2892687	ludy triana@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS UPC
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81391469	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN		SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aportes CCF	IBC otros parafiscales	Aportes SOA	Aportes ICDF	Aportes ZLAP	Aportes BCN	
CC	52739661	TRIANA LUDY ESPERANZA	59	F	N									231001	1.300.000	268.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	182.500	14-7	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA