| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **( JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ)** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 51.780.843 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3079 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **2/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 6.287.120 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | *DOS (2) MESES* | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 34.579.160 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 3.143.560 |
| **N° DE INFORME:** | DIEZ (10) | **N° CRP:** | 16966 | **N° CDP:** | 316 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | *SA SEDE ADMINISTRATIVA* | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | *MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN DIRECTORA CONTRATACION* | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | *8* | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **8** | **PRORROGAS** | **8** | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 948 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 23153 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1405 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 25587 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1743 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 30011 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2237 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 34048 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2635 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 37770 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3070 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 40785 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 3.143.560 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3360 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 42968 | **TIEMPO PRORROGADO:** | *UN (1) MES* |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 6.287.120 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3641 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 45193 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MES |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | N.A | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N.A | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | N.A | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | N.A | |

**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**

| **ITEM** | **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | ELABORACION DE LOS ESTUDIOS DE MERCADO PARA ORDEN DE COMPRA , EM-240-2024. |
| 2 | ELABORACION DE LOS ESTUDIOS DE MERCADO , EM-249-2024 |
| 3 | ELABORACION Y PUBLICACION DE LAS ORDENES DE COMPRA OC 151 2024, OC 152 2024, OC 153 2024, OC 154 2024 |
| 4 | ELABORACION Y PUBLICACION DE LAS ORDENES DE COMPRA OC 155 2024, OC 156 2024, OC 157 2024 OC 158 2024 OC 159 2024 OC 160 2024 OC 161 2024 GENERADAS CON EL ESTUDIO DE MERCADO EM-189-2024 |
| 5 | ELABORACION Y PUBLICACION DE LAS ORDENES DE COMPRA, OC 164 2024 OC 165 2024 OC 166 2024 OC 167 2024 OC 168 2024 GENERADAS CON EL ESTUDIO DE MERCADO EM-199-2024 |
| 6 | ELABORACION Y PUBLICACION DE LAS ORDENES DE COMPRA, OC 169 2024 OC 170 2024 OC 171 2024 GENERADAS CON EL ESTUDIO DE MERCADO EM-224-2024 |
| 7 | ELABORACION DE LOS ESTUDIOS DE MERCADO PARA ORDEN DE COMPRA, EM-214-2024 |
| 8 | APOYO ELABORACION EVALUCIONES SALAFT IC 052 2024 |
| 9 | APOYO EVALUACION ECONOMICA IC 057 2024 |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 7945729664 | **OPERADOR:** | **ACH SOI** | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | **FAMISANAR** | **18/11/2024** | **$** | **162.500** |
| **PENSIÓN:** | **NA** | **N/A** | **$** | **-** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | **18/11/2024** | **$** | **31.700** |
| **OTRO** | **NA** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | | **$ 194.200** |

**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 calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados 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, 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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

**JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ:**
**CC: 51.780.843**
**CEL: 318 715 7538**

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6 |
|---|---|---|

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024) | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ | CC: | 51780843 |
| | | RUT (NIT): | 51780843-3 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | flacardilas5@hotmail.com | TELÉFONO: | 3187157538 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | calle 152 No. 48-04 | 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: | SCOTIABANK COLPATRIA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 1007001971 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 3079 2024 | N° CDP: | 3641 | N°. RP: | 45193 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 2/01/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/12/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 34.579.160 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL01/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ | | | | | 3.143.560,00 |
| | TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE | | | | | |

**JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ**
**C.C 51.780.843**
**cel: 3187157538**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2** |

| | |
|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 51.780.843 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS TECNOLOGICOS COMO TECNOLOGO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3079 2024 | **FECHA INICIO CONTRATO** | **2/01/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ | | 6.287.120,00 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 34.579.160** | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 3.143.560,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 10/10 | **N° CRP INICIAL:** | **16966** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **316** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | ONCE (11) MESES | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 7945729664 | **OPERADOR:** | ACH SOI |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DIRECCION DE CONTRATACION - COMPRAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA SEDE ADMINISTRATIVA | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN / DIRECTORA DE CONTRATACION | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° (8 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (8 ) | PRORROGA ( 8) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 948 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 23153 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1405 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 25587 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1743 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 30011 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2237 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 34048 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 2635 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 37770 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3070 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 40785 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 3.143.560,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3360 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 42968 | **TIEMPO PRORROGADO:** | UN (1) MES |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 6.287.120,00 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 3641 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 45193 | **TIEMPO PRORROGADO:** | DOS (2) MESES |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | **NO** | X |
| **N° 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 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 ( 01/10/2024) AL (30/11/2024)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN<br>**CARGO:**<br>DIRECTOR DE CONTRATACION |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51780843 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JANET MAGNOLIA ARDILA ORTIZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 152#48-04 AP 237 | TELÉFONO: | 3587157 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7945729664** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/11/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1058292498 | | |

### NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 830003564 | EPS017 | EPS017-FAMISANAR | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 31.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 31.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 194.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 194.200** |

Planilla Pagada

skandia

**Skandia Pensiones y Cesantías S.A. como administradora del Fondo de Pensiones Obligatorias con Nit. 800 253 055-2**

**Certifica**

Que el señor ARDILA ORTIZ JANET MAGNOLIA identificado con Cédula de Ciudadanía No. 51780843 adelantó trámite de Devolución de saldos por fallecimiento, ante la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías SKANDIA al no cumplir con requisitos de pensión por vejez, la cual fue definida de acuerdo a lo establecido en el Artículo 66, de la Ley 100 de 1993:

*...ARTICULO 66 Ley 100 de 1993: Devolución de Saldos. Quienes a las edades previstas en el artículo anterior (57 años mujeres y 62 años hombres) no hayan cotizado el número mínimo de semanas exigidas, y no hayan acumulado el capital necesario para financiar una pensión por lo menos igual al salario mínimo, tendrán derecho a la devolución del capital acumulado en su cuenta de ahorro individual, incluidos los rendimientos financieros....*

En concordancia con la norma citada, informamos que El 23 de agosto de 2022, esta Administradora giró a la cuenta de ahorros # 51780843 del banco COLPATRIA el valor de $28.847.352 correspondiente a la devolución de saldos.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 29 de julio de 2024.

Si desea información adicional, con gusto será atendida en nuestro Contact Center escribiendo a cliente@skandia.com.co o llamando al 6584000 en Bogotá, y a la línea 01 8000517526 a nivel nacional.

Atentamente,

*Hugo A Beltrán M*

Hugo Andrés Beltrán Merchán
Analista de Servicio al Cliente