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 APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO

CON C.C N° 52,735,074

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3479 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 6.287.120		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$3,143,560
N° PAGO / N° DE INFORME:	(9 de 9)	**N° CRP INICIAL:**	17207	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	157
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81883048	**OPERADOR:**	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA DE CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARIA CORDOBA LEAL				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	**N° 7**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (7)**	**PRORROGA (7)**
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	951	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22565	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1382	**CRP DE LA ADICIÓN:**	25939	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1749	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30056	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2225	**CRP DE LA ADICIÓN:**	34031	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2654	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37961	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3093	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41022	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3367	**CRP DE LA ADICIÓN:**	42997	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	6.287.120	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3651	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45168	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**ANA MARIA CORDOBA LEAL** **JEFE OFICINA CONTROL DISCIPLINARIO INTERNO**

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 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: 1 FECHA: 2024-09-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO

		CON C.C Nº	52.735.074		
OBJETO DEL CONTRATO:	AD PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3479 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	6.287.120	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	38.235.024		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.143.560
Nº DE INFORME:	9	Nº CRP:	17207	Nº CDP:	157
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ANA MARIA CORDOBA LEAL				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	9	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	951	CRP DE LA ADICIÓN:	22565	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1382	CRP DE LA ADICIÓN:	25939	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1749	CRP DE LA ADICIÓN:	30056	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2225	CRP DE LA ADICIÓN:	34031	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	2654	CRP DE LA ADICIÓN:	37961	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3093	CRP DE LA ADICIÓN:	41022	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.143.560	CDP DE LA ADICIÓN:	3367	CRP DE LA ADICIÓN:	42997	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	6.287.120	CDP DE LA ADICIÓN:	3651	CRP DE LA ADICIÓN:	45168	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Comunicaciones por el aplicativo AGILSALUD de los expedientes correspondientes , total 28
2	Actualización BASE DE DATOS , expedientes activos de la oficina
3	Foliación y custodia del archivo activo
4	Notificacion de expedientes 085-2022 , 036-2023 , 015-2021, 034-2021
5	Certificación del personal de OPS en el aplicativo de pagos,
6	Edicto expediente 103-23, 042-22, 003-22, 017-22
7	Ejecutoria de Expediente 075.2023
8	Subir la información correspondiente POA mes Octubre y Noviembre 2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81883048	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/12/2024	$ 31.700
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 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 52735074
CEL: 3214311204

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** **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: 5** **FECHA: 2024-09-09**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO	**CC:**	52735074
CORREO ELECTRÓNICO:	lineym2006@gmail.com	**TELÉFONO:**	3214311204
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cra 2 a # 17 a 35 sur	**CIUDAD:**	Bogotá, D.C.

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.

Régimen 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:	***DAVIVIENDA***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***8480259467***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 3479 2024**	**N° CDP:**	**3651**	**N°. RP:**	**45168**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/02/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 38,235,024**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
	$ 3.143.560					

LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO
C.C 52735074
Cel: 3214311204

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52735074	LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO		CALLE 20 A SUR N 2 22	2094285	lineym2006@gma4.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81883048	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
231001	Colfondos	800227940-6	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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52735074	LINEY MARITZA CIFUENTES CASTELBLANCO		CALLE 20 A SUR N 2 22	2094285	lineym2006@gmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	81883048	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el exterior	Desplazado	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DOMICILIACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52735074	CIFUENTES CASTELBLANCO LINEY MARITZA	57	0			N																231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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