8176

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: 2 FECHA: 2024-09-16

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

STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.000.604.863**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3176 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/02/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.592.640**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.759.520**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.796.320**
Nº DE INFORME:	ONCE (11)	**Nº CRP:**	17056	**Nº CDP:**	136
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ORLANDO MARTINEZ HENAO - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	8	**PRORROGAS**	8	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	957	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22662	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1372	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26018	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1722	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29684	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2229	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33825	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2661	**CRP DE LA ADICIÓN:**	38029	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3107	**CRP DE LA ADICIÓN:**	41115	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 1.796.320**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3385	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43119	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$ 3.592.640**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3657	**CRP DE LA ADICIÓN:**	45003	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MES

ITEM	**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)**
1	Se realiza respectivo llamado en ventanilla manteniendo el orden de los turnos entregados
2	Se cumple con el manejo de verificacion en ordenes medicas cunado el usuario llega a su respectiva cita a la unidad
3	Se indaga en las plataformas de internet afiliacion vigente del usuario
4	Se realiza validacion deacuerdo a normatividad vigente
5	Se complementa la actualizacion en la ficha DGH con la actualizacion de datos
6	Al inicio de jornada se empieza con facturacion correspondiente de los usuarios que tiene agendado cita en la unidad
7	Se realiza facturacion de citas al usuario y se soportan deacuerdo a lo que rige la norma con facturas evento
8	En la generacion de copagos a usuarios se da recibo de caja correspondiente,al finalizar jornada se entrega dinero generado en copagos
9	Al finzalizar jornada se hace relacion de dinero en los fomatos correspondientes para entrega de las mismos
10	Se soporta y relacion en formato entrega de facturas soportadas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**82212840**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**18/11/2024**	**$ 165.000**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	**18/11/2024**	**$ 211.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**18/11/2024**	**$ 32.200**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 408.400**

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 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 período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: STHEPHANY MELISSA GUMAN CUBIDES
CC: 1000604863
CEL: 3022730306

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: 6

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES	**CC:**	1000604863
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	isa2001_1904@hotmail.es	**TELÉFONO:**	3022730306
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 79 A 38 C 90 SUR	**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	( )

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

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 CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**24126309395**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 3176 2024	**Nº CDP:**	3657	**Nº. RP:**	45003	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 19,759,520**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**1.796.320**
	UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES
C.C 1000604863
cel: 3022730306

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: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.604.863				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 3176 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.592.640				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$19,759,520	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.796.320		
N° PAGO / N° DE INFORME:	DIEZ (10)	N° CRP INICIAL:	17056	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	136
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82212840	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	FACTURACION - AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ORLANDO MARTINEZ HENAO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				8	8
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	957	RP DE LA	22662	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	1372	RP DE LA	26018	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	1722	RP DE LA	29684	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	2229	RP DE LA	33825	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	2661	RP DE LA	38029	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	3107	RP DE LA	41115	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 1.796.320	CDP DE LA	3385	RP DE LA	43119	TIEMPO	(1 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ 3.592.640	CDP DE LA	3657	RP DE LA	45003	TIEMPO	(2 MESES)
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° 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?	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:	**ORLANDO MARTINEZ HENAO** **DIRECTOR FINANCIERO**
	YAMILE CANO HERRERA **REFERENTE FACTURACION**

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	1000604863	STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES	cra78 a #38c 90 sur	4518440	isa2001_1904@hotmail.es	
ORMA ENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
JNICA	1 – 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	09/12/2024	82212840	$408.400	

TALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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					
002	Salud Total EPS	800130907-4	165.000	0		0		0	0	0	0	165.000	1

TOTALES PENSIÓN

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
01	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	211.200	0	0	0	0	0	0		211.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										
1	ARL SURA	890903790-5	32.200				32.200	0	0	32.200			322	32.200	1

TOTALES CAJAS

go CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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	165.000	165.000
Pensión	1	211.200	211.200
Riesgos Laborales	1	32.200	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	408.400	408.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000604863	STHEPHANY MELISSA GUZMAN CUBIDES	cra78 a #38c 90 sur	4518440	isa2001_1904@hotmail.es	
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82212840	$408.400

POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
ción	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
863	GUZMAN CUBIDES STHEPHANY MELISSA	59	0			N																	230201	1,320,000	211,200	0	0	0	0	EPS002	1,320,000	165,000	14-11	1,320,000	3	32,200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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