

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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:		SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA			CC:		52287765
					RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:		SANDYLIAN526@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3155043639
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CALLE 73 B BIS A SUR NUMERO 14 A 29			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 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	004870340629
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)							
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS-3281-2024	N° CDP:	3657	N° RP:	45055	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:\$29.392.286
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		S 2.672.026					
		DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTAY DOS MIL VENTISEIS PESOS MDA/CTE					
<div> SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA C.C 52287765 cel: 3155043639</div> <div></div>							



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

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA

SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.287.765

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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-3281-2024

FECHA INICIO CONTRATO

1/02/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5.344.052

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

29.392.286

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

2.672.026

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

ONCE (11)

Nº CRP INICIAL:

17148

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

136

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

ONCE (11) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

85058364

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

FACTURACION - ARMADO Y RADICACION

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:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				8	8
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	957	RP DE LA ADICIÓN:	22743	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1372	RP DE LA ADICIÓN:	26092	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	1722	RP DE LA ADICIÓN:	29755	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2229	RP DE LA ADICIÓN:	33893	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	2661	RP DE LA ADICIÓN:	38094	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3107	RP DE LA ADICIÓN:	41179	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.672.026	CDP DE LA ADICIÓN:	3385	RP DE LA ADICIÓN:	43178	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.344.052	CDP DE LA ADICIÓN:	3657	RP DE LA ADICIÓN:	45055	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (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
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?	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 cláusula "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:

SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
DIRECTOR FINANCIERO

YAMILE CANO HERRERA
REFERENTE FACTURACION

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52287765	SANDRA LILIANA CASTIBLANCO MACA		calle73b bis n 1b25sur	4591451	SANDYLIAN1@HOTMAIL.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
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82058364	\$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					
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 - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	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