1397

Secretaría de Salud Nuevo enfoque 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

LUDY ESPERANZA TRIANA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.739.661				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1397 2025		FECHA INICIO CONTRATO	01 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.016.078		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP:	4552	Nº CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

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	Se descargo Drive de asignacion de ingresos central de liquidacion
2	Se realizo cruce de insumos y/o medicamentos no contratados en la EAPB
3	Se realizo retroalimenteion en inconsistencias evidenciadas
4	Se verifico contra matriz de contratacion tarifas paquetes y demas 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 realizo facturacion de acuerdo a contratcion vigente y planes de beneficios correspondientes
7	Se Verifico que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente con las EAPB.
8	Se. Realizo búsqueda de soportes contra he clinica y aplicativos proporcionados en auditoria
9	Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas
10	Se Adjunto requerimitos de DGH soportes requeridos para radicacion de cuentas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83045587	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	16/01/2025	$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	16/01/2025	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/01/2025	$ 31.700
OTRO	COLSUBSIDIO	16/01/2025	$ 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 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 afiliación a eps, arl, pension, rut)
3.-Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scoop 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

Ludy Triana

LUDY ESPERANZA TRIANA
C.C 52.739.661
cel: 3103264715

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
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUDY ESPERANZA TRIANA	CC:	52739661
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ludytriana@gmail.com	TELÉFONO:	3103264715
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 13 8 29 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 titulo 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 articulos 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:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	102548807
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)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1397 2025	Nº CDP:	3	Nº RP:	4552	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 8.016.078
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/01/2025	AL	31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					2.672.026
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISÉIS PESOS MDA / CTE					

Judy Triana

LUDY ESPERANZA TRIANA
C.C 52.739.661
cel: 3103264715

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	LUDY ESPERANZA TRIANA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.739.661				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1397 2025		FECHA INICIO CONTRATO		01 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				8.016.078
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.016.078		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 2.672.026
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	4552	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83045587		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		0	0
VALOR ADICIONADO	0	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.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	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 SECOP?		
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 adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		

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 **1/01/2025 AL 31/01/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA
DIRECTOR FINANCIERO (E)

YAMILE CANO HERRERA
REFERENTE FACTURACION

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUDY ESPERANZA TRIANA
No. Identificación: CC52739661
Dirección: CARRERA 10 BIS NO2-63
Telefono: 2892687
Correo: ludytriana@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 83045587

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUDY ESPERANZA TRIANA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52739661	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Número de planilla	83045587	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Fecha pago	2025-01-16	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	1877172	Total Pagado	428200
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	31700	1
231001	Colfondos	208000	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	26000	1
EPS005	Sanitas EPS	162500	1

83045587

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52739661
APELLIDOS Y NOMBRES: LUDY ESPERANZA TRIANA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	231001	1300000	1300000	1300000	1300000	162500	0	208000	0	31700	26000

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