| | | |
|---|---|---|
| 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: 1**<br>**FECHA: 2024-09-09** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **LEIDY MARINA TORRES LADINO** | | | | | |
| | | **CON C.C N°** | 1.121.830.424 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3202 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 1/01/2025 | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 14.926.500 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | TRES ( 3) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 14.926.500 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 4.975.500 |
| **N° DE INFORME:** | 1 | **N° CRP:** | 5053 | **N° CDP:** | 2 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | TRES( 3) MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA SEDE ADMINISTRATIVA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 0 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 0 | **PRORROGAS** | 0 | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° 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**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | Actualizacion de la informacion de producto en el software de Dinamica gerencial( Cum, Registro sanitario y Atc) de los 680 medicamentos de precio pleno. |
| 2 | Actualizacion de la informacion de producto en le software de dinamica gerencial( Cum, Registro sanitario y Atc) de los 360 medicamentos de precio regulado. |
| 3 | Actualizacion de la informacion de producto en le software de dinamica gerencial( Cum, Registro sanitario y Atc) de los 638 dispositivos medicos de precio pleno. |
| 4 | Auditar la parametrizacion del manual 506 de medicamentos de precio regulados. |
| 5 | Auditar la parametrizacion del manual 507 de medicamentos y dispositvinos medicos de precio pleno. |
| 6 | Auditar la parametrizacion correspondiente a la fecha para el año 2025. |
| 7 | Revision a la matriz final de insumos de SURA. |
| 8 | Revision a la matriz final de insumos de Aseguradora de Colombia. |
| 9 | Revision a la matriz 2 version de insumos de Famisanar EPS. |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |

| **V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9478767586 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | 2/01/2025 | **$ 248.800** | |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 2/01/2025 | **$ 318.500** | |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS** | 2/01/2025 | **$ 48.500** | |
| **OTRO** | **COFREM** | 2/01/2025 | **$ 39.900** | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 655.700** | |

**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 período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Leidy Torres
1121830424

LEIDY MARINA TORRES LADINO
CC: 1121830424
CEL:3123903346

Vo Bo Recibido 23/01/2025

| | | |
|---|---|---|
| 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: 5**<br>**FECHA: 2024-09-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | Leidy Marina Torres Ladino | **CC:** | 1121830424 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | leidy.torres.ladino@unillanos.edu.co | **TELÉFONO:** | 3123903346 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Carrera 69b #66-88 | **CIUDAD:** | Bogota |

| **Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.** | |
|---|---|
| **NO** tomaré costos y deducciones | ( ) |
| **SI** tomaré costos y deducciones | **( SI )** |

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:** | *BANCOLOMBIA* | **TIPO DE CUENTA:** | *AHORROS* | **N° CUENTA:** | *5761781016* |

| **DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 3202 2025** | **N° CDP:** | **2** | **N°. RP:** | **5053** | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 1/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | 31/03/2025 | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $14,926,500** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/1/2025 AL 31/1/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ 4.975.500 | | | | | |
| | CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE | | | | | |

Leidy Torres
1121830424

**LEIDY MARINA TORRES LADINO**
**C.C 1121830424**
**Celular:3123903346**

Vo Bo Alexandra Gil
23/01/2025

| | | |
|---|---|---|
| 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: 1**<br>**FECHA: 2024-09-09** |

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

**LEIDY MARINA TORRES LADINO**

**CON C.C Nº 1.121.830.424**

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3202 2025 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 1/01/2025 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 14.926.500 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 4.975.500 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME:** | 1 | **Nº CRP INICIAL:** | 5053 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 2 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 9478767586 | | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | DESARROLLO INSTITUCIONAL | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | SA SEDE ADMINISTRATIVA | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| **Nº DE MODIFICACIÓN:** | | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | **ADICION ( X )** | **PRORROGA ( X )** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nº 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 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 ( 01/01/2025) AL (31/01/2025)

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES**<br>**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**<br>**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE** |

VoBo Aprobado
23/01/2025

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1121830424 | | TORRES LADINO LEIDY MARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | bzral 34 | VILLAVICENCIO-META | 6621646 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1164876641 | 9478767586 | I | 2025/01/09 | 2025/01/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $655,700 |

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal-PRINCIPAL( 1 Afiliados) | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $1,990,200 | $39,900 | | | $1,990,200 | $48,500 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $1,990,200 | $39,900 | | | $1,990,200 | $48,500 | | $0 | $0 |
| Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META ( 1 Afiliados) | | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $1,990,200 | $39,900 | | | $1,990,200 | $48,500 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1121830424 | TORRES LEIDY | 230301 | 30 | $1,990,200 | $318,500 | EPS002 | 30 | $1,990,200 | $248,800 | CCF34 | 30 | $1,990,200 | $39,900 | 14-21 | 30 | $1,990,200 | $48,500 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,990,200 | $318,500 | | | $1,990,200 | $248,800 | | | $1,990,200 | $39,900 | | | $1,990,200 | $48,500 | | $0 | $0 |

VoBo Heraldo
23/01/2025

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA



2024/12/31 10:33 AM

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1121830424 | | TORRES LADINO LEIDY MARINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | bzral 34 | VILLAVICENCIO-META | 6621646 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-12 | 2024-12 | 1164876641 | 9478767586 | I | 2025/01/09 | 2025/01/02 | BANCOLOMBIA | 0 | $655,700 |

RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $318,500 | $0 | $0 | $318,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $318,500 | $0 | $0 | $318,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $48,500 | $0 | $0 | $48,500 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $48,500 | $0 | $0 | $48,500 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $39,900 | $0 | $0 | $39,900 |
| COFREM | CCF34 | 892,000,146 | 3 | 1 | $39,900 | $0 | $0 | $39,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $248,800 | $0 | $0 | $248,800 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $248,800 | $0 | $0 | $248,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $655,700 | $0 | $0 | $655,700 |

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA