1380

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

LUISA TATIANA MEJIA CASTRO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.787.895				
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 1380 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.016.078	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.016.078		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.672.026	
Nº DE INFORME:	DOS (2)	Nº CRP:	7506	Nº CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
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	ADICIÓNES	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 PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

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)

ITEM	
1	Realicé seguimiento a los ingresos asignados a los facturadores de la central de liquidación para su respectivo cierre
2	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en de los ingresos asignados
3	Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clinica coinicdieran para su respectivo cobro a la ERP
4	Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP
5	Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas y novedades reportadas en el drive
6	Verifiqûe los códigos de diagnostico segun CIE 10 para su posterior envio a RIPS por parte del área del armado
7	Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su porterior radicación
8	Informé y/o socialicé al profesional encargado las novedades presentadas durante el proceso de revisión
9	Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada Realicé el apoyo correspondiente al presonal de la central de liquidación y los grupos del área
10	Asistí a dos reuniones del área y participe de las capacitaciones programadas por el grupo de auditoria

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1069505629	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	12/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	12/02/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COLSUBSIDIO	12/02/2025	$ 28.500
TOTAL PAGADO			$ 469.000

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 seeop 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

Luisa Tatiana Mejia Castro
LUISA TATIANA MEJIA CASTRO
C.C 1.033.787.895
cel: 3016792893 py-6ver

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:	28/02/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA TATIANA MEJIA CASTRO	CC:	1033787895
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	tatis062014@gmail.com	TELÉFONO:	3016792893
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Transversal 76 d 81j 37	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:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	1026731838
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 1380 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	7506	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	DOS (2) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	07 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	1/02/2025	AL	28/02/2025			
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						

Luisa Tatiana Mejia Castro
LUISA TATIANA MEJIA CASTRO
C.C 1.033.787.895
cel: 3016792893

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				LUISA TATIANA MEJIA CASTRO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.033.787.895		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARRALLAR 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 1380 2025		FECHA INICIO CONTRATO		07 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:	DOS (2)	Nº CRP INICIAL:	7506	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO		3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1069505629		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC 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 POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA POLIZA		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 1/02/2025 AL 28/02/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E) YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-12, 09:26:45 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1069505629

Periodo Cotización: enero de 2025 Periodo Servicio: enero de 2025 Referencia pago (PIN): 8844042830

PAGADO 12/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA TATIANA MEJIA CASTRO		
Documento	CC1033787895	Dirección	CR 1B ESTE #49 A - 29 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5676296
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 1033787895	LUISA TATIANA MEJIA CASTRO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.