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

DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.030.566.690**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1034 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTI	**$ 9.430.680**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	31/03/2025 TRES MESES (3)		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 9.430.680**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3.143.560**
N° DE INFORME:	N° 3	**N° CRP:**	4427	**N° CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGAD**	N/A
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGAD**	N/A
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**CRP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGAD**	N/A

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

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	Realice auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ $ 1.684.577.921 , numeo de items trabajados 29045 , numero de facturas trabajadas 745. Se realiza armado de carpetas con soportes para su respectiva respuesta y validacion.
2	Realice revision y analisis de la auditoria retrospectiva con el fondo financiero distrital , las inconsistencias generadas se realiza reporte via mail a las diferentes arcas, donde se solicita concepto frente a las objeciones realizadas por la auditoria. En auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.684.577.921 , numeo de items trabajados 29045 , numero de facturas trabajadas 745.
3	Realice diligenciamiento de la matriz de tipificacion y presunto responsable con el detalle de las aceptaciones y notas credito realizadas , las cuales se entregan al profesional del area para consolidacion en carpeta que contienen actas finales en formato pdf , planillas designadas para relacionar dicha informacion , archivos excel de aufditorias finales.
4	Realice las evidencias solicitadas en auditorias retrospectivas se envian segun sean solicitadas , puesto que se la auditoria se realiza de manera diaria en conjunto y al finalizar realizan la solicitud de los mismos , se envian via mail en drive , este proceso tiene copia al mail de la referente del area de cuentas medicas.
5	Realice, auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.684.577.921 , numeo de items trabajados 29045 , numero de facturas trabajadas 745.
6	La auditoria retrospectiva , proceso realizado con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) no se encuentra registrado en el sistema dinamica gerencial teniendo en cuenta que no se notifica como glosa es una auditoria por lo tanto no aplica para cerrar o finalizar tramite en el aplicativo agilsalud , este proceso solo lo realizo con lo notificado por glosa inicial de las diferentes entidades y el cierre del proceso con el ffds se realiza con la firma y legalizacion del acta.
7	En auditorias retrospectivas con el fondo financiero distrital (secretaria distrital de salud) se audita un valor de $ 1.684.577.921 , numeo de items trabajados 29045 , numero de facturas trabajadas 745.
8	En el corte establecido no se recibieron reiteraciones. Se trabaja en la respuesta de las auditorias retrospectivas del FFDS.
9	Realice diligenciamiento de la matriz de tipificacion y presunto responsable con el detalle de las aceptaciones y notas credito realizadas , las cuales se entregan al profesional del area para consolidacion en carpeta que contienen actas finales en formato pdf , planillas designadas para relacionar dicha informacion , archivos excel de aufditorias finales.
10	Se entregan soportes e informacion solicitada para los informes o solicitudes de las diferentes areas.
11	Realice archivo fisico y magnetico bajo las disposiciones de gestion documental de las entidades a mi cargo.
12	Se organiza y se guarda los archivos de acuerdo al lineamiento del area, dentro de las carpetas por entidades en medio magnetico.
13	Asisto a reuniones programadas por el area de cuentas medicas , asisto a reuniones programadas por el grupo auditor del ffds con ellos y las diferentes areas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**84861383**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**12/03/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PROTECCIÓN**	**12/03/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**12/03/2025**	**$ 34.700**
OTRO	**0**	**0**	**$ -**
TOTAL PAGADO			**$ 440.500**

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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Carolina Suarez.

DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
CC: 1.030.566.690
CEL: 3113387902

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** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA**	**CC:**	**1030566690**
		RUT (NIT):	**1030566690**
CORREO ELECTRÓNICO:	dcsuarezs@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3113387902**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 87 # 49 - 09 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 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:**	**6900723021**
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	**PS 1034 2025**	**N° CDP:**	**3**	**N°. RP:**	**4427**	**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:**	**$ 9.430.680**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**						
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**						**3.143.560**
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS						

Carolina Suarez

DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA
CC: 1.030.566.690
CEL: 3113387902

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			**DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.030.566.690**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1034 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**				9.430.680
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.430.680			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.143.560
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° 3	**N° CRP INICIAL:**	4427	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**84861383**		**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		**DIRECCION FINANCIERA - CUENTAS MEDICAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)**				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:** N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:** N/A
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**	0	**RP DE LA ADICIÓN:**	0	**TIEMPO PRORROGADO:** N/A
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**			N/A	

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 **(01/03/2025) AL (31/03/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA** **DIRECTOR FINANCIERO (E)**
	JOHANA TRIANA RODRIGUEZ **REFERENTE CUENTAS MEDICAS**

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	1030566690	DORIS CAROLINA SUAREZ SIERRA	kra 87 # 49-09 sur	0000000	dcsuarezs@gmail.com	
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
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84861383	$440.500

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	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
CC	1030566690	SUAREZ SIERRA DORIS CAROLINA	59	0			N																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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