

	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 BLANCA EULALIA PARADA PARADA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				24.176.583			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 1002 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 9.430.680		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.430.680			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 3.143.560
Nº DE INFORME:		3	Nº CRP:		4398	Nº CDP:	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 9.430.680	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)							
Nº 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 PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
1	Se organiza,se clasifica en carpetas los documentos de la OCI según la serie y subserie y tipos documentales. Actas, Informes de gestión,de seguimiento informes, Auditorías de Control Interno.						
2	Se realizan diariamente el proceso de los Agilsalud que llegan y salen de la Oficina Control Interno y se da respuesta. Relacion de los agilsalud de cada mes, se lleva soporte en un libro con sus respectivas indicaciones por la Jefe de la OCI y con su correspondiente firma de cada Auditor.						
3	Se hace diariamente anotaciones de correos de llegada y salida de las diferentes oficinas de la subred Centro Oriente, como los Sinproc y informaciones de la contraloría de Bogotá en el radar de la Oficina de Control Interno.						
4	Colaboro con el equipo de la OCI con la publicación de los informes para que sean publicados en la página Web. Y el aplicativo de ALMERA						
5	A diario se verifica la publicación de los informes que produce la Oficina de Control Interno						
6	Esta en proyección la entrega de los documentos en carpetas debidamente diligenciados con su respectiva fecha inicial y fecha final y con su foliación correspondiente para entrega a la jefe encargada de la Oficina de Control Interno e inventario Fuid.						
7	Se hacen solicitudes de mesa de ayuda para solicitar insumos de oficina o algún requerimiento técnico para los computadores de la OCI.						
8	Se hace diligencias en llevar documentos a la oficina de Gerencia y Contratación Oficina de Talento Humano						
9							
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		84822407		OPERADOR:		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		SANITAS		14/03/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:		PORVENIR		14/03/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		14/03/2025		\$ 34.700	
OTRO							
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 periodo correspondiente

Blanca Eulalia Parada Parada.

BLANCA EULALIA PARADA PARADA

CC:24176583

CEL: 3175754214

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	BLANCA EULALIA PARADA PARADA	CC:	24176583
		RUT (NIT):	24176583
CORREO ELECTRÓNICO:	apoyocontrolinterno@subreccentroorientec.gov.co	TELÉFONO:	3175754214
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 33 b N° 4-89	CIUDAD:	BOGOTÁ, DC

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 párrafo 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:	OTRO	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	176270112269
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO DE DAVIVIENDA				

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 1002 2025	N° CDP:	3	N°. RP:	4398	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (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: 01/03/2025 A 31/03/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.143.560
	TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS

Blanca Eulalia Parada Parada

BLANCA EULALIA PARADA PARADA

CC. 24176583

CI: 3175754214

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

BLANCA EULALIA PARADA PARADA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 24.176.583

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNÓLOGA DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 1002 2025

FECHA INICIO CONTRATO

1/01/2025

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

9.430.680

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

3143560

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

DOS (3)

Nº CRP
INICIAL:

4398

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

DOS (3) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

84822407

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

4PV CENTRO DE SALUD PERSEVERANCIA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO
JEFE DE OFICINA CONTROL INTERNO (E)

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

Nº (0)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):

ADICION (0)

PRORROGA (0)

VALOR ADICIONADO

\$ 9.430.680

CDP DE LA
ADICIÓN:

RP DE LA
ADICIÓN:

TIEMPO
PRORROGADO:

III. POLIZAS (SIAPLICA)

Nº DE PÓLIZA:

XX

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

XX

FECHA DE LA PÓLIZA

DD/MM/AAAA

ACTO ADMINISTRATIVO DE

XX

IV. VERIFICACIÓN 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?	XX	
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?	XX	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	XX	
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?	XX	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	XX	

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:

ASTRID MARCELA MENDEZ CHAPARRO
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO(E)

DIONISIO DONCELL - APOYO TECNICO DE SUPERVISOR

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	24175593	BLANCA EULALIA PARADA PARADA	calle 33 B 4 89	3177127706	blanca73.parada@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	2025-02	PERIODO PENSIONES	14/03/2025	84822407	EMPLAOS 1
2025-02	2025-02				TOTAL A PAGAR \$440.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS005	Santas EPS	800251440-6	178.000	0	No. Autorización	Valor	0	0	0
					No. Autorización	Valor	0	0	178.000
									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	Provenir	900224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	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
14-23	Positiva Seguros	880011153-6	34.700	No. Autorización	Valor	34.700	0	0	34.700	Saldo a Favor	347	0	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0
2025-02	2025-02	I	14/03/2025	84822407	5440.500
				TOTAL A PAGAR	

DAAGAR