

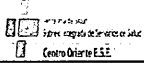


4858

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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					
<b>DORA RUTH CORTES ROJAS</b>					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			51.923.924		
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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.		<b>PS 4858 2025</b>		FECHA INICIO CONTRATO	
				14 DE FEBRERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S	8.816.800	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (i) MES Y DIECISIETE (17) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S	8.816.800	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 5.510.500	
Nº DE INFORME:	DOS (2)		Nº CRP:	0	Nº CDP:
				592	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIECISIETE (17) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ISC 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	S	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
				0	
III. POLIZAS					
¿FACTÓ 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	VISITA A LOS PUNTOS DE FACTURACION DE LAS DIFERENTES UNIDADES DE LA SUBRED				
2	ACOMPAÑAMIENTO A LOS FACTURADORES EN EL PUNTO DE ATENCION				
3	ESCUCHA ACTIVA DE OPINIONES Y/O PETICIONES				
4	RETROALIMENTACION AL EQUIPO DE LAS NOVEDADES EVIDENCIADAS DENTRO DE LOS RECORRIDOS				
5	SOCIALIZACION A LOS PROFESIONALES DE CADA SERVICIO DE LAS NOVEDADES				
6	COMUNICACION CONSTANTE Y ACERTIVA CON LOS COLABORADORES DEL AREA				
7	SOCIALIZACION A LOS LIDERES DE UNIDAD				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	84973788		OPERADOR:	MIPLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		13/03/2025	S	276.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES		13/03/2025	S	354.100
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		13/03/2025	S	54.000
OTRO	CCF COMPENSAR		13/03/2025	S	13.400
<b>TOTAL PÁGADO</b>				<b>\$ 698.100</b>	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ítem 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 SMLMV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secep de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasion al señalado contrato					
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como uno de las obligaciones del contrato) Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					

  
**DORA RUTH CORTES ROJAS**  
 C.C 51.923.924  
 ccl: 3138533170

9



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTIÓN 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:	<b>DORA RUTH CORTES ROJAS</b>	CC:	<b>51923924</b>
CORREO ELECTRÓNICO:	<b>RUTHCORTES.SANBLAS@HOTMAIL.COM</b>	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	<b>KR 12D 19 07</b>	TELÉFONO:	<b>3138533170</b>
		CIUDAD:	<b>BOGOTA</b>

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

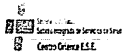
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	<b>DAVIVIENDA</b>	TIPO DE CUENTA:	<b>AHORROS</b>	Nº CUENTA:	<b>8480309643</b>
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)					

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

Nº DEL CONTRATO:	<b>PS 4858 2025</b>	Nº CDP:	<b>592</b>	Nº RP:	<b>0</b>	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PROROGAS:	<b>UN (1) MES Y DIECISIETE (17) DIAS</b>
FECHA DE INICIO CONTRATO	<b>14 DE FEBRERO DE 2025</b>	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	<b>31 DE MARZO DE 2025</b>		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	<b>S 8.816.800</b>	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	<b>DEL 1/03/2025</b>		<b>AL 31/03/2025</b>				

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	<b>\$ 5.510.500</b>
	<b>CINCO MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS PESOS MDA/CTE</b>

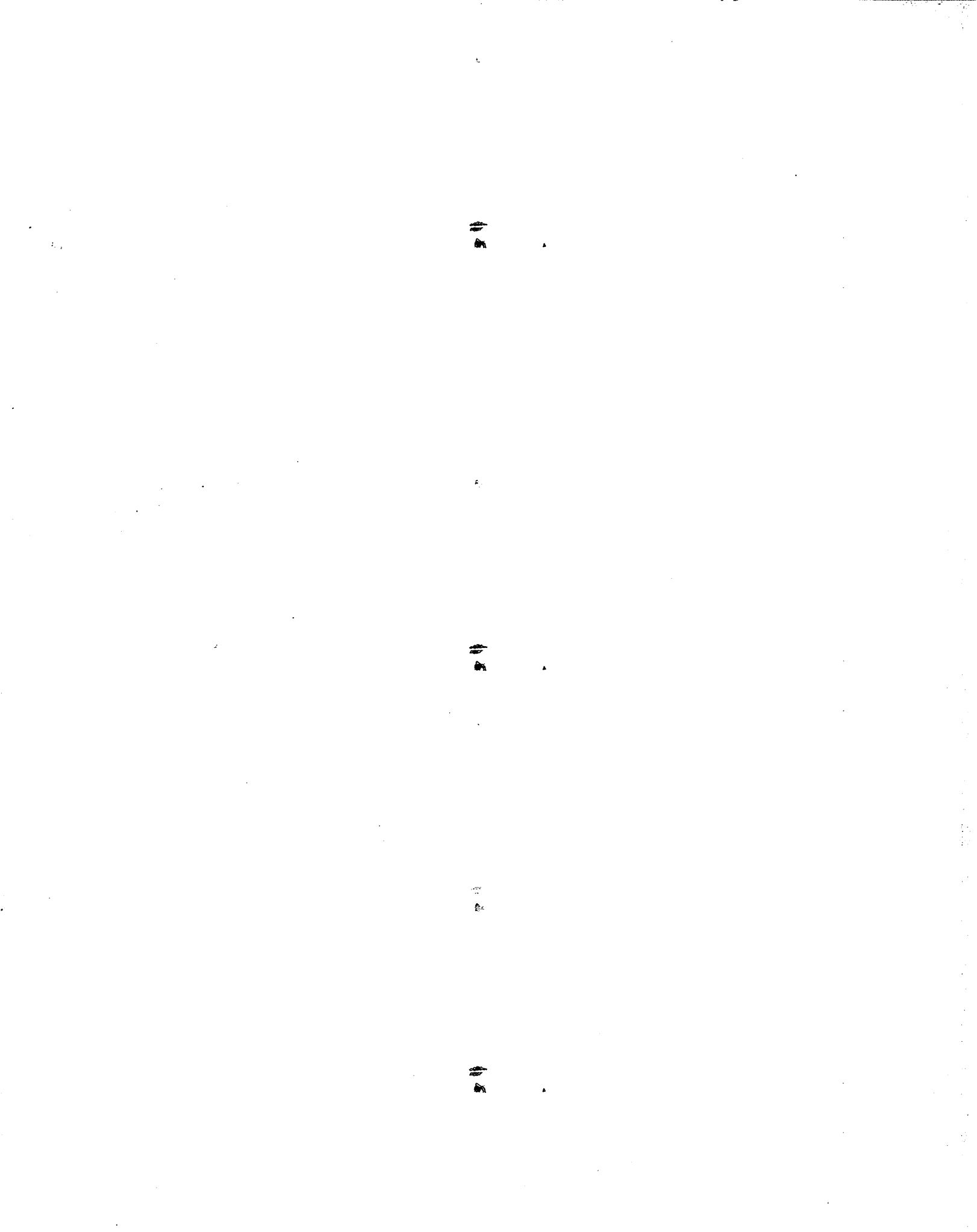
DORA RUTH CORTES ROJAS  
 C.C 51.923.924  
 cel: 3138533170



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
 FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078  
 VERSIÓN: 2

<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DORA RUTH CORTES ROJAS			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.923.924			
<b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 4858 2025		FECHA INICIO CONTRATO	14 DE FEBRERO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		8.816.800			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.816.800		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.510.500	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)		Nº CRP INICIAL:	0	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 592	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECISIETE (17) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84973788		OPERADOR:	MIPLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN FINANCIERA - FACTURACION					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO ( E )					
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICIÓN:	0	PRORROGA 0	
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	
<b>III. POLIZAS (SI APLICA)</b>						
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:					
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:					
<b>IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>						
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>						
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 SECOF?					
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al período del						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			1/03/2025 AL 31/03/2025  WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO ( E )  YAMILE CAÑO HERRERA REFERENTE FACTURACION			



DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
CC	51923924	DORA RUTH CORTES ROJAS	KR 13 19 07 SUR	7576179	ruthcortes.sanblas@hotmail.com		NO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	ÚPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	13/03/2025	84973788	\$698.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.500	0	0	0	0	0	6	1.100	0	276.600	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

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
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	53.700				53.700	6	300	54.000			537	54.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.300	6	100	13.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.500	276.600
Pensión	1	352.700	354.100
Riesgos Laborales	1	53.700	54.000
CCF	1	13.300	13.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>695.200</b>	<b>698.100</b>

