5.

Devolu.

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

OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**52.212.853**		
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 4215 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**03 DE ENERO DE 2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** **9.430.680**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** **18.861.360**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** **3.143.560**	
Nº DE INFORME:	**CUATRO (4)**	**Nº CRP:**	**7497**	**Nº CDP:**	**6**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**SEIS (6) MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**UNO (1)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**UNO (1)**	**PRORROGAS**	**UNA (1)**	
VALOR ADICIONADO	**$** **9.430.680**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**794**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**12435**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES (3) MESES**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Descargue de archivo de objeciones tramitadas de Febrero 2025 - 4288 Soportes para entregar a cartera con acta
2	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Marzo -920 Soportes para entregar a cartera con acta
3	Realice radicación de 4288 cuentas por los diferentes aplicativos
4	Se realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de informacion DGH
5	Se realizo validacion de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y asi realizar un proceso efectivo.
6	Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agilsalud.anexando los soportes pertinentes en cada uno
7	Asisti a las diferentes actividades de capacitacion programadas por la lider del area, para actualizar conocimientos en normatividad vigente.
8	Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al regimen de seguridad social en salud, y paginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos.), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salus Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificacdos con causales de devolucion.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**85349858**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS EPS**	**9/04/2025**	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**9/04/2025**	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	**9/04/2025**	**$ 34.700**
OTRO	**CAJA DE COMPENSACION**	**9/04/2025**	**$ 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 realice 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 periodo correspondiente

OLGA DAZA

OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
C.C **52.212.853**
cel: **3222636123**

Scanned with CamScanner

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: 30/04/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ**	**CC:**	**52212853**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	3222636123	**TELÉFONO:**	**CALLE 28 SUR Nº 37-91**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	28292040	**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 titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del articulo 1 2 4 1 6 y parágrafo 4 del decreto unico 1625 de 2016, modificados por los articulos 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:	**olgalu2416@gmail.com**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**DAVIVIENDA**
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)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4215 2025**	**Nº CDP:**	**794**	**Nº. RP:**	**12435**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :**	**SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**03 DE ENERO DE 2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL**	**1/04/2025**	**AL**	**30/04/2025**			
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 M/CTE						

OLGA DAZA

OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
C.C 52.212.853
cel: 3222636123

Scanned with CamScanner

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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	**OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.212.853**

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 4215 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**03 DE ENERO DE 2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				9.430.680
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 18.861.360		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 3.143.560
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)	**Nº CRP INICIAL:**	7497	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**85349858**		**OPERADOR:**		**MI PLANILLA**
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	UNO (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				UNO (1)	UNA (1)
VALOR ADICIONADO	9430680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	794	**RP DE LA ADICIÓN:**	12435	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**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 **1/04/2025** **AL** **30/04/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

RONALD AGUILAR GOMEZ
DIRECTOR FINANCIERO

JULIETH VILLA CARPO
REFERENTE DEVOLUCIONES

Scanned with CamScanner

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	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ	CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	UPC
-					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85349858	$469.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	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
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

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

Scanned with CamScanner