3

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 GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16

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

LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.233.500.248**

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 1032 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONT	$ **9.430.680**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ **18.861.360**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ **3.143.560**
N° DE INFORME:	N° 4	**N° CRP:**	4425	**N° CDP:**	3
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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.430.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	790	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11770	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES

III. POLIZAS

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

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)

ITEM	
1	Se recibe 163 facturas con un valor total de glosa gestionada de $ 388.460.605 que contiene 749 items. Las cuales se distribuyen en 4 entidades: FAMISANAR. 128 facturas, 696 items con un valor total glosa de $ 354.346.087. CAJA DE PREVISION SOCIAL DE CASANARE - CAPRESOCA E.P.S. 18 facturas. 31 items con un valor total de glosa de $ 32.943.125 , DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE . 13 facturas, 16 items con un valor total de glosa de $1.034.377. EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S. 6 facturas, 6 items con un valor total de glosa $ 137.016
2	Se realiza revision y verificacion de valores de glosa y cantidad de facturas glosadas de las referencias entregadas de las entidades asignadas las cuales no hay novedades para reportar a radicacion
3	Se diligencia la matriz de glosa inicial de acuerdo a los lineamientos establecidos por la norma para llevar un orden y control, asi mismo se diligencia los campos de respuesta de glosa y analisis del tecnologo con sus respectivas observaciones
4	Se verifica en los sistemas de informacion los soportes administrativos y/o asistenciales para soportar la respuesta de glosa, en caso de que no se evidencie los soportes se reporta por correo para que sea justificada su realizacion o no
5	Se crea carpeta por referencia y factura con los soportes correspondientes a la respuesta de glosa, una vez se encuentre analizada y con su respectiva respuesta de glosa
6	Se carga al Dinamica Gerencial la respuesta de glosa diligenciada en la matriz de glosa inicial, luego de esto se descarga la respuesta en formato PDF segun el formato establecido por la subred. Una vez descargado se guarda en cada referencia para terminar el proceso
7	Cuando se encuentran armados los paquetes se radican a la entidad por medio electronico o plataforma y se finaliza con el soporte enviado a la entidad en la carpeta de radicados por mes trabajado
8	Se realizo diligenciamiento de plantilla de conciliaciones,descarga del estadistico de cada entidad unificando las facturas que se van a conciliar, armado de carpetas para soportar la conciliacion soporte que fueron enviados en su momento a la Auditora Claudia Rodriguez Sotelo entidades que fueron trabajadas anteriormente EMSSANAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.S valor a conciliar $1.383.357 correspondiente a 12 facturas. DISPENSARIO MEDICO SUROCCIDENTE valor a conciliar $ 1.762.647 correspondiente a 8 facturas, REGIONAL DE ASEGURAMIENTO EN SALUD NO 1. valor a conciliar $ 3.298.800 correspondiente a 2 facturas
10	Se entregan soportes y informacion solictada para los informes o solicitudes de las diferentes areas
11	Se entregara la gestion realizada al cierre del mes de abril al correo de cuentassecretaria @ subredcentrooriente.gov.co
12	Se organiza y se guarda los archivos de acuerdo al lineamiento del area, dentro de las carpetas por entidades en medio magnetico
13	Se asistio a capacitaciones con la entidad Famisanar para socializar falla de la plaforma de famisanar

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**85327967**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPESAR**	**9/04/2025**	$ **178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**9/04/2025**	$ **227.800**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**9/04/2025**	$ **34.700**
OTRO	**0**	**0**	$ -
	TOTAL PAGADO		$ **440.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1 - Que desarrolle 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

Laura Castillo.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS
CC: 1233500248
CEL: 3102835303

Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS**	**CC:**	**1233500248**
		RUT (NIT):	**1233500248**
CORREO ELECTRÓNICO:	lauracas0315@gmail.com	**TELÉFONO:**	**3102835303**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 88F # 38 A - 03 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomare 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 Regimen Simple de Tributacion	SI ( )	NO (X)

ANCO AL CUAL CONSIGNA:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**488450043911**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1032 2025**	**Nº CDP:**	**790**	**Nº. CRP:**	**11770**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**	**SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**1/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**	**$ 18.861.360**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**						
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						

Laura Castillo

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS
CC: 1233500248
CEL: 3102835303

Secretaría Distrital 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			**LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.233.500.248**		
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 1032 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
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**
N° PAGO / N° DE INFORME:	N° 4	**N° CRP:**	4425	**N° CDP:**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		**85327967**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		**DIRECCION FINANCIERA - CUENTAS MEDICAS**			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		**1SC HOSPITAL SANTA CLARA**			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO**			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		1	1
VALOR ADICIONADO	$ 9.430.680	**CDP DE LA ADICIÓN:** 790	**CRP DE LA ADICIÓN;** 11770	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES
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 presento 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 **(01/04/2025) AL (30/04/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**RONALD AGUILAR GOMEZ** **DIRECTOR FINANCIERO**
	PIP Diana Sanchez. **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	1233500248	LAURA CECILIA CASTILLO ROJAS	kr 88 f n 38 a - 03 sur	3102835303	laurarojas0818@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85327967	$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	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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	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

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