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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

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

LEIDY MARINA TORRES LADINO

CON C.C Nº	1.121.830.424
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3202 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14.926.500**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**TRES (3) MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.902.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.975.500**
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	5053	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**SA SEDE ADMINISTRATIVA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	774	**CRP DE LA ADICIÓN:**	12356	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	Parametrizar y actualizar las tarifas de medicamentos, dispositivos medicos y productos farmaceuticos pos y no pos en el sidgh, asegurando la concordancia con los contratos con las eaph-erp-pts-pss.
2	Gestionar eficientemente los contratos y planes de beneficios en el sidgh, garantizando la actualizacion de la informacion y el cumplimiento de la normativa vigente.
3	Parametrizar en el sidgh los contratos, planes de beneficios los codigos cums, iums y otros insumos,productos o tecnologias en salud segun la normativa vigente, compartiendo la infarmacion actualizada con la direccion tecnica de servicio complementario.
4	Elaborar y actualizar los valores de venta en las tablas de negociacion de medicamentos y dispositivos medicos con las eaph-erp-pts-pss, conforme informacion de la direccion financiera (costos) y direccion de contratacion y la normatividad vigente.
5	Verificar la precision y actualizacion de la informacion de cada medicamento y dispositivo medico en el sidgh, incluyendo nombre, presentacion, registro sanitario, etc.,equipo de la direccion tecnica de servicios de complementario (subproceso servicio farmaceutico) para validar la informacion.
6	Verificar la vigencia de los registros sanitarios y codigos cum, iums y otros insumos,productos o tecnologias en salud en el invima, reportando las novedades al equipo de la direccion tecnica de servicios de complementario (subproceso servicio farmaceutico).
7	Participar activamente en el proceso de negociacion con las eps, presentando ofertas y realizando el seguimiento correspondiente. Contrato: FAMISANAR , SANITAS.
8	Incluir y o excluir los dispositivos medicos y medicamentos en la base excel de ofertar a las eps, segun sea la notificacion por parte de farmacia, hemodinamica, deposito de farmacia o de la oficina de comercial: 122MC064931Tenecteplasa 10.000 Ui 50 MG 121QO035726 SISTEMA CERRADO APOSITO 20 CM X 8CM DE LARGO, CON SISTEMA DE DRENAJE DE PRESION NEGATIVA INTEGRADO PORTATIL.
9	Brindar soporte al area de facturacion, costos, auditorias cuentas medicas y asistencial en lo relacionado a la parametrizacion de los servicios y tarifas contratadas.
10	Conocer y cumplir con la normativa vigente en materia de medicamentos y dispositivos medicos, incluyendo resoluciones, decretos, protocolos y guias de buenas practicas emitidos por el ministerio de salud, el invima y otras entidades regulatorias.
11	Realizar el procedimiento de parametrizacion de los 1063 medicamentos de la Resolucion 165 DE MARZO 2025 en el modulo de inventario de Dinamica Gerencial.
12	Diligenciar tabla los 1064 medicamentos para refacturacion de insumos segun tablas de referencia de la Resolucion 2275 del 2023.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9483657768	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	4/04/2025	$ 248.800
PENSIÓN:	**PORVENIR**	4/04/2025	$ 318.500
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS**	4/04/2025	$ 48.500
OTRO	**COFREM**	4/04/2025	$ 39.900
	TOTAL PAGADO		$ 655.700

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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Leidy Torres

LEIDY MARINA TORRES LADINO
CC: 1121830424
CEL:3123903346

Powered by CamScanner

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: 5** **FECHA: 2024-09-09**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/4/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	Leidy Marina Torres Ladino	**CC:**	1121830424
CORREO ELECTRÓNICO:	leidy.torres.ladino@unillanos.edu.co	**TELÉFONO:**	3123903346
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 69b #66-88	**CIUDAD:**	Bogota

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

NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	**(SI)**

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.

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:	***BANCOLOMBIA***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***5761781016***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 3202 2025**	**N° CDP:**	**774**	**N°. RP:**	**12356**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/4/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 19.902.000**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/4/2025 AL 30/4/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.975.500 CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE					

Leidy Torres Ladino

LEIDY MARINA TORRES LADINO
C.C 1121830424
Celular:3123903346

Powered by CamScanner

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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

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

LEIDY MARINA TORRES LADINO

CON C.C Nº 1.121.830.424

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3202 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		1/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.902.000		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 4.975.500
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP INICIAL:**	5053	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9483657768		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (X)**	**PRORROGA (X)**
VALOR ADICIONADO	$ 4.975.500	**CDP DE LA ADICIÓN:**	774	**RP DE LA ADICIÓN:**	12356	**TIEMPO PRORROGADO:**	1 MES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (01/4/2025) AL (30/4/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**OLGA YUMARY RAMIREZ TORRES** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD** **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE**

Powered by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1121830424		TORRES LADINO LEIDY MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bzral 34	VILLAVICENCIO-META	6621646	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1387889526	9483657768	1	2025/04/07	2025/04/04	BANCOLOMBIA	0	$655,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$318,500	$0	$0	$318,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$318,500	$0	$0	$318,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,500	$0	$0	$48,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$48,500	$0	$0	$48,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,900	$0	$0	$39,900
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$39,900	$0	$0	$39,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,800	$0	$0	$248,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$248,800	$0	$0	$248,800
TOTAL				1	$655,700	$0	$0	$655,700

Powered by CamScanner