4212

	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

KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.010.007.594				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4212 2025		FECHA INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.927.856	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.100.000	
N° DE INFORME:	CUATRO (4)	N° CRP:	7494	N° CDP:	6
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	DOS (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	DOS (2)	PRORROGAS	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 223.286	CDP DE LA ADICIÓN:	816	CRP DE LA ADICIÓN:	12431	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	CRP DE LA ADICIÓN:	12432	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿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)	FECHA DE APROBACIÓN:		(N/A)

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)

1	GENERAR FACTURAS
2	REALIZAR PAGARES EN DGII SEGÚN LA NORMATIVIDAD
3	REALIZAR VERIFACION DE LINEAS DE PAGO SEGÚN LA SEGURIDAD SOCIAL
4	INFORMAR A TRABAJO SOCIAL LOS CASOS QUE TIENEN ALGUN INCONVENIENTE CON LA AFILIACION ALA SEFGUIRIDAD SOCIAL
5	PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS
6	TRABAJAR Y CIERRE DE CUENTAS
7	SEGUIENTOS DE LAS CUENTAS HASTA SU FACTURACION
8	DILIGENCIAMIENTO DE ESTUDIO DE CASO ALOS USUARIOS QUE SEA APLIQUE EN CADA CASO
9	ASIGNACION DE CITAS A LOS USUARIOS
10	SUBIR RELACION DE REQUERIMIEMTOS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071022886	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	09/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	09/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/04/2025	$ 34.700
OTRO	XXXXXX	XXXXXXX	$ -
TOTAL PAGADO			$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Karen tatiana Hidalgo

KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO
C.C 1.010.007.594
cel: 3004818869

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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO	CC:	1010007594
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	KARENTATIANA548@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3004818869
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 5P 48K 16 SUR	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 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	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488430585924
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 4212 2025	Nº CDP:	800	Nº. RP:	12432	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 12.451.142
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	01/04/2025	AL	30/04/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					2.100.000
	DOS MILLONES CIEN MIL PESOS MDA / CTE					

Karen tatiana Hidalgo
KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO
C.C 1.010.007.594
cel: 3004818869

	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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.010.007.594			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 4212 2025		FECHA INICIO CONTRATO		03 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$				5.927.856
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.451.142			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.100.000
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)		Nº CRP INICIAL:	7494	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	6
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071022886		OPERADOR:		SIMPLE
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:	DOS (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION:	DOS (2)	PRORROGA: UNA (1)
VALOR ADICIONADO	223.286	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:	12431	TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 6.300.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	12432	TIEMPO PRORROGADO: 0
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.

	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 **01/04/2025** **AL** **30/04/2025**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	RONALD AGUILAR GOMEZ DIRECTOR FINANCIERO YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-04-10, 03:00:10 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071022886 **Referencia pago(PIN)** 8863712900

Periodo Cotización 202503 **Periodo Servicio** 202503

Cliente:

PAGADA 2025-04-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN TATIANA HIDALGO ROMERO				
Documento	CC 1010007594	**Dirección**	TV 5P #48 K - 16 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3004818869		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010007594		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					HIDALGO ROMERO KAREN TATIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.020.000	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE