

1370

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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					
CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.036.684.929		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°		PS 1370 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.016.078		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 16.032.156		TRES (3) MESES	
N° DE INFORME:		CUATRO (4)		N° CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES		4527	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		UNO (1)		TIPO DE MODIFICACION	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.016.078		CDP DE LA ADICION:	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA ADICION:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		(N/A)		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA:		(N/A)		FECHA DE APROBACION:	
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 Se recepciono cada ingreso con su prefectura correspondiente.					
2 Se revizó a diario las prefecturas asignadas					
3 Se verificó contra historia clinica que se encontraran liquidados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario durante la atencion.					
4 Se verificó que las prefecturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente con las EAPB.					
5 Se realizaron las devoluciones de las prefecturas, para correccion de forma oportuna.					
6 Se verifico cada factura generada correctamente, con los registros de servicios cargados, para asi poder enviar relacion de RIPS y continuar con radicacion correspondiente.					
7 Se indicó el aval una vez liquidada cada prefectura, así obteniendo generacion de facturas oportunamente.					
8 Se realizaron devoluciones pertinentes en cuanto a soportes de cada cuenta , para así realizar el perceso de armado y radicacion de las mismas					
9 Se indicó el aval para cerrar y entregar cada factura generada.					
10 Se brindó apoyo y devolucion relacionando e indicando cada soporte indispensable para el armado y radicacion de las facturas frente a las diferentes EAPB.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
N° DE PLANILLA:		1071112265		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		09/04/2025	
PENSIÓN:		PROTECCION		09/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		09/04/2025	
OTRO		CCF COMPENSAR		09/04/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 469.000	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realizó el pago de la Seguridad Social donde 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .					
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al sellado 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 .					

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
1.036.684.929
cel: 3134322637

folio



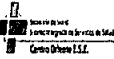
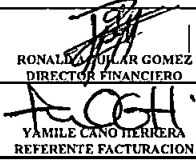
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT			CC:	1036684929
CORREO ELECTRÓNICO:	catcrinpamela@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 32 C Bis Sur # 12116			TELÉFONO:	3134322637
				CIUDAD:	BOGOTÁ
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: 5070382824
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:	PS 1370 2025	Nº CDP:	800	Nº RP:	11977
FECHA DE INICIO CONTRATO	01 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30 DE JUNIO DE 2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
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)	\$ 2.672.026				
DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MDA / CTE					

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT

C.C. 1.036.684.929
cel: 3134322637

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMULARIO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.036.684.929			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1370 2025		FECHA INICIO CONTRATO	01 DE ENERO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		8.016.078			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	16.032.156	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	2.672.026	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)		Nº CRP INICIAL:	4527	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071112265		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:	UNO (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICIÓN:	UNO (1)	PRORROGA	
VALOR ADICIONADO	8.016.078	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	11977	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X	
Nº DE POLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:					
FECHA DE LA POLIZA	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?				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 scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?				X	
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 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			

Handwritten signature/initials



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2025-04-10, 08:24:03 AMTipo PlanillaITipo PlanillaI

Número Planilla1071112265

Referencia pago(PIN) 8923754430

Período Cotización202503

Período Servicio202503

Cliente:

PAGADA 2025-04-09

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT				
Documento	CC 1036684929	Dirección	DG 32C SUR #12 I - 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3134322637		
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 1036684929	Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	5700	PEREZ BETANCOURT CATHERIN PAMELA				11001000 - 11		BOGOTA D.C.	

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

Novedades												Salud	Riesgos	Caja	Parafiscales
NOV	DET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
0	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30				