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: 2 FECHA: 2024-09-16

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

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.031.177.472**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1957 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/1/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 8.016.078**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**DOS (2) MESES (28) DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 16.032.156**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.672.026**		
N° DE INFORME:	**4**	**N° CRP:**	**6528**	**N° CDP:**	**3**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**CINCO (5) MESES Y (28) DIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**INGRID TATIANA ROJAS AVELLA DIRECTORA ADMINISTRATIVA**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**No 1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**No 1**	**PRORROGAS**	**No 1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 8.016.078**	**CDP DE LA ADICION**	**763**	**CRP DE LA ADICION**	**12199**	**TIEMPO PRORROGADO**	**(3) TRES MESES**

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**	N/A	**NO**	**X**	
N° 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	Se realiza verificacion de inventarios fisicos, y asi se proyecta la necesidad mensual , garantizando el abastecimiento en las areas asistenciales y administrativas
2	Diariamente se registran los movimientos necesarios en el sistema de informacion Dinamica Gerencial, garantizando la calidad del registro y asi mismo su confiabilidad
3	Se realiza recepcion tecnica-administrativa y verificacion contra contratos vigentes garantizando su cumplimiento de ejecucion dentro de los tiempos, asi mismo cada de los lineamientos a seguir
4	Diariamente se realiza proceso de registro en los diferentes modulos según necesidad del servicio, recepcion y verificacion contra contratos vigentes, garantizando su cumplimiento y entrega en los diferentes servicios
5	Mensualmente se realiza inventario fisico contra sistema de informacion, garantizando stop de insumos y/o elementos, rotacion y demas aspectos que optimizen el desarrollo de la gestion
6	Se realiza recepcion tecnica-administrativa, según procedimientos y lineamientos establecidos para el optimo cumplimiento de abastecimiento en los diferentes servicios
7	Semanalmente se genera reporte de insumos y/o elementos con sus respectivas fechas de vencimiento, para realizar rotacion oportuna o procesos que se requieran
8	Se realiza toma fisica de inventario diariamente Vs. Sistema de informacion, y asi mismo se garantiza control y distribucion de los mismos
9	Diariamente se realiza registro y control de temperatura y humedad en el formato establecido.
10	Se realiza inventario selectivo en cada cierre de periodo, para garantizar la confiabilidad y el cruce de cada uno de los medicamentos, dispositivos medicos, utiles de escritorio-computo y diferentes insumos que se almacenen en dicho lugar.
11	Se realizan los analisis de los indicadores y luego se socializan mediante el informe.
12	Se hace entrega de cada una de los informes solicitados con calidad y garantizando confiabilidad
13	Diariamente la gestion va enfocada al mejoramiento continuo, buscando los estandares de habilitacion y asi ser reconocidos por el cumplimiento de nuestras actividades con calidad y humanizacion
14	Se realiza Informe Mensual de cumplimiento de actividades, garantizando confiabilidad en la ejecucion del contrato
15	Disposicion para cada una de las solicitudes de informacion o ejecucion garantizando calidad y confiabilidad

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**85526403**	**OPERADOR:**	**MI PLANILLA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	9/4/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/4/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/4/2025	$ 34.700
OTRO			
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 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 seeop 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

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
CC:1031177472
CEL: 3007666503

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 CLARA PATRICIA BARRETO CAMARGO

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	**DARIAN LORENA ROMERO MACIAS**	**CC:**	**1031177472**
		RUT (NIT):	**N/A**
CORREO ELECTRÓNICO:	tecnicolorenaS@gmail.com	**TELÉFONO:**	**300766650**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**TV 69 C 68 B SUR 55 C 42**	**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 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	RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los			**SI ( )**	**NO (X)**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**58500013824**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1957 2025**	**Nº CDP:**	**763**	**Nº. RP:**	**12199**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (5) CINCO MESES Y (28) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/6/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** $16.032.156
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**S**					**2.672.026**
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MCTE.					

DARIAN LORENA ROMERO MACIAS
C.C 1031177472
CEL: 3007666503

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 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**DARIAN LORENA ROMERO MACIAS**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.031.177.472**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1957 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/1/2025**
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:	**4/4**	**Nº CRP INICIAL:**	**6528**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**(5) MESES Y 28 DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**85526403**		**OPERADO**	**MI PLANILLA**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION ADMINISTRATIVA (ALMACEN)**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**ISC HOSPITAL SANTA CLARA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**INGRID TATIANA ROJAS AVELLA-DIRECTORA ADMINISTRATIVA**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (1)**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			**ADICION (1)**	**PRORROGA (1)**	
VALOR ADICIONADO	**$ 8.016.078**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**763**	**RP DE LA**	**12199**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES 3 MESES**

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
Nº DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		**N/A**	
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		**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 articulo 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 **(1/ 04 /2025) AL (30 /04 /2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **INGRID TATIANA ROJAS AVELLA** **CARGO: DIRECTORA ADMINISTRATIVA** **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **JOHN JAIRO GUERRERO** **PERFIL:** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

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	1031177472	DARIAN LORENA ROMERO MACIAS	CALLE 69C #700 54 Sur	4897827	darlinn1998@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85526403	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 PENSION

Codigo 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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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