1390

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

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

# LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1.023.877.979 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1390 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 02 DE ENERO DE 2025 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 8.016.078 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | DOS ( 2 ) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.032.156 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: | $ 2.672.026 | | |
| Nº DE INFORME: | CUATRO (4) | Nº CRP: | 6075 | Nº CDP: | 3 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | ISC HOSPITAL SANTA CLARA | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO | | | | |

## II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | UNO (1) | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | UNO (1) | PRORROGAS | UNA (1) | |
| VALOR ADICIONADO | $ 8.016.078 | CDP DE LA ADICIÓN: | 800 | CRP DE LA ADICIÓN: | 11995 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES (3) MESES |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | CRP DE LA ADICIÓN: | 0 | TIEMPO PRORROGADO: | |

## III. POLIZAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿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) | 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador. |
| 2 | Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido. |
| 3 | Realizar liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP) |
| 4 | Verificar que las facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP) |
| 5 | Realizar y consolidar las causales de devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna. |
| 6 | Generar las relaciones de envío y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago. |
| 7 | Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas. |
| 8 | Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. |
| 9 | Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario. |
| 10 | Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas. |
| 11 | Realizar acompañamiento a los facturadores que se encuentran en los centros de atención, garantizando los soportes necesarios para la radicación efectiva antes las diferentes entidades responsables de pago. |
| 12 | Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente. |
| 13 | Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos. |
| 14 | Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS |
| 15 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No: DE PLANILLA: | 85569244 | OPERADOR: | MI PLANILLA |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 9/04/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 9/04/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 9/04/2025 | $ 34.700 |
| OTRO | CCF COMPENSAR | 9/04/2025 | $ 28.500 |
| | TOTAL PAGADO | | $ 469.000 |

## 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 soop 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

LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON
C.C 1.023.877.979
cel: 3228722086

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: | LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON | CC: | 1023877979 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | sl.lorena23@gmail.com | TELÉFONO: | 3228722086 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | Tv 78a 42 60 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: | BBVA | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 74121690 |
| 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 1390 2025 | Nº CDP: | 800 | Nº RP: | 11995 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: | CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 02 DE ENERO DE 2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30 DE JUNIO DE 2025 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.032.156 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL | 1/04/2025 | 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 VEINTISÉIS PESOS MDA / CTE | | | | | | |

LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON
C.C 1.023.877.979
cel: 3228722086

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-LA-FT-078
VERSIÓN: 2

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

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.023.877.979 |

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 1390 2025 | | FECHA INICIO CONTRATO | 02 DE ENERO DE 2025 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ | | | 8.016.078 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 16.032.156 | | VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: | $ 2.672.026 | |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | CUATRO (4) | Nº CRP INICIAL: 6075 | | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | CINCO ( 5 ) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 85569244 | | OPERADOR: | MI PLANILLA | |
| 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): | | ADICION: | UNO (1) | PRORROGA | UNA (1) |
| VALOR ADICIONADO | 8.016.078 | CDP DE LA ADICIÓN: | 800 | RP DE LA ADICIÓN: | 11995 | TIEMPO PRORROGADO: | TRES (3) MESES |
| VALOR ADICIONADO | $ | CDP DE LA ADICIÓN: | 0 | RP DE LA ADICIÓN: | 0 | 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.*

| 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 1/04/2025 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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023877979 | LORENA ALEJANDRA SANCHEZ LEON | TV 78A 47 30 SUR APT 241 TO 14 | 7019470 | sl.lorena23@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 | 85569244 | $469.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 1 |

**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 | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 469.000 | 469.000 |

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