5024

Secretaría de Salud Salud Pregrada 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: 2 FECHA: 2024-09-16

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

SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.034.397.737				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 5024 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 1.646.667	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.900.000	
N° DE INFORME:	DOS (2)	N° CRP:	11555	N° CDP:	820
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	UNO (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	UNO (1)	PRORROGAS	UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1027	CRP DE LA ADICIÓN:	12627	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
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

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)

ITEM	
1	Se realizo llamado del usuario a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.
2	Se realizo verificacion de 2.430 órdenes médicas y autorización fisica que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.
3	Se verifico 2.520 derechos del usuario frente a las seguridad social o afiliación y se adjunta a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación.
4	Se reviso y valido servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.
5	Se actualizo 400 datos personales del usuario a facturar.
6	Se realizó la facturación de los pacientes que no requieren cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica.
7	Se generó facturas en el sistema de información DGH y soportarlas con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.
8	Se elaboró facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al usuario y a la contratación y normatividad vigente.
9	Se ingreso 2 abonos que realizan los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.
10	Se realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al área de tesorería.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85738532 - 85828816	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/04/2025	$ 178.200
PENSIÓN:	PORVENIR	10/04/2025	$ 228.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/04/2025 - 15/04/2025	$ 35.000
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 441.200

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)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA
C.C 1.034.397.737
cel: 3192147761

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:	SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA	CC:	1034397737
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SARAPENUELA6@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3192147761
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 40A SUR 33 66	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:	488450954448
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 5024 2025	Nº CDP:	1027	Nº. RP:	12627	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30 DE JUNIO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667
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)	$						1.900.000
	UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS MDA/CTE						

SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA
C.C 1.034.397.737
cel: 3192147761

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: 2 FECHA: 2024-09-16

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.034.397.737

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 5024 2025		FECHA INICIO CONTRATO	07 DE MARZO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.346.667				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.346.667		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.900.000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	DOS (2)	Nº CRP INICIAL: 11555		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	820
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85738532 - 85828816		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
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	5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	1027	RP DE LA ADICIÓN:	12627	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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA
No. Identificación: CC1034397737
Dirección: DIAGONAL 40 A SUR #33-66
Telefono: 7507493
Correo: sarapenuela6@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 85738532

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1034397737	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2025
Número de planilla	85738532	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2025
Fecha pago	2025-04-10	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1939518	Total Pagado	413800
Banco	1083	Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	7600	1
230301	Porvenir	228000	1
EPS008	Compensar EPS	178200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1034397737
APELLIDOS Y NOMBRES: SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

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

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	1034397737	SARA SOFIA PEÑUELA ARANDA	diagonal 40 A sur #33-66	7507493	sarapenuela6@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
85738532	10/04/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	N	15/04/2025	85828816	$27.400	

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					

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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	27.200				27.200	6	200	27.400			272	27.400	

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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	27.200	27.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	27.200	27.400

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