

		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: (31-05-2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON			CC:		53095788
					RUT (NIT):		53095788
CORREO ELECTRÓNICO:		LEISAENZR@GMAIL.COM			TELÉFONO:		3112174396
DIRECCIÓN DOMICILIO:		KR 19D 1F 55 APTO 201			CIUDAD:		BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:		BANCO BBVA COLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	CORRIENTE	N° CUENTA:		0046005872
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:		PS 3222 2025	N° CDP:	814	N°. RP:	12368	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO		2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/06/30		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 33.063.000
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 2025/05/01 AL 2025/05/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 5.510.500					
 LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON PS_3222_2025_1E7805-2025-05-19 13:48:54 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON CC: 53095788 CEL: 3112174396							

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

NOMBRE DEL CONTRATISTA	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	53.095.788

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO 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 3222 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	16.531.500
----------------------------	----	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	33.063.000	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	5.510.500
--	----	------------	---	----	-----------

Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	5068	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
----------------	---	-----------------	------	-----------------------------	---

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (06) MESES
---	-----------------

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA
---	----------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SEDE ADMINISTRATIVA DIAGONAL 34
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ
------------------------	----------------------

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	(1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (X)	PRORROGA (X)
VALOR ADICIONADO	\$ 16.531.500	CDP DE LA ADICIÓN:	814	RP DE LA ADICIÓN:	12368	TIEMPO PRORROGADO: DOS (02) MESES Y VEINTINUEVE	

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:	

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	13. Realizar la distribución financiera en conjunto con el equipo de supervisión de cada uno de los convenios, contratos y resoluciones que designen bajo mi cargo
2	3. realizar y enviar mensualmente a traves de correo electronico institucional el cronograma para seguimiento financiero a cada supervisor del convenio; asi como la solicitud de entrega de informacion asociada directamente a la ejecucion del mismo
3	4. analizar, revisar y diligenciar la informacion recibida del supervisor del convenio en las matrices de financiero definidas por los convenios de (ffds fondo financiero distrital de salud y sed secretaria educacion distrital).
4	6. realizar revision mensual de matrices de seguimiento financiero de los diferentes convenios a cargo, frente al sistema de informacion de la entidad (dgh) y realizar los ajustes correspondientes a insumos hospitalarios y talento humano e informar al area de costos los ajustes a realizar a los costos generales, con el fin de garantizar que la informacion contenida en el seguimiento financiero corresponda a la registrada en el sistema de informacion de la entidad
5	14. elaborar los informes de las actividades a cargo tanto internos como externos.
6	1. Realizar seguimiento financiero a los convenios interadministrativos, resoluciones y/o contratos suscritos con SDS, FDL, SED Y MINISTERIO DE SALUD, con acompañamiento a la gestión técnica en el desarrollo de los mismos, con el fin de llevar un desarrollo financiero de cada uno de los convenios interadministrativos, resoluciones y/o contratos de manera adecuada.
7	5. elaborar acta de reunion respecto al objetivo de la reunion, temas tratados y desarrollo de los mismos; asi como los compromisos fijados.
8	7. efectuar el traslado de los recursos financieros, producto de la ejecucion del convenio en el documento registrado.
9	8. elaborar certificado de concepto uso y giro de recursos, relacionado con el proceso de liquidacion del convenio de acuerdo al formato vigente.
10	10. elaborar certificacion de aporte de la subred de acuerdo a lo establecido en su respectivo formato.
11	12. presentar informes, atender las necesidades y solicitudes relacionadas desde el seguimiento financiero de los convenios asignados hasta su formal liquidacion.
12	2. apoyar en la construccion de la proyeccion financiera de los diferentes convenios suscritos por la subred y otras entidades (sds, fdl, fonade, entre otros) con base en los estudios previos, propuesta y plan de trabajo presentados por el supervisor designado. a fin de estructurar en el formato establecido lo relacionado con los componentes de distribucion primaria de los costos (talento humano, insumos hospitalarios, costos generales) tanto de aportes de la subred como de los contratantes.

13	9. apoyar a la direccion financiera en la fase de inicio de liquidacion del convenio, concerniente a la verificacion de los pagos del talento humano y demas conceptos asociados para su certificacion.		
14	11. controlar y mantener actualizados los archivos magneticos respecto a la proyeccion y ejecucion del convenio, de acuerdo a la informacion entregada por parte de los supervisores y el area responsable de convenios.		
15	15. las demas actividades asignadas por el supervisor del contrato. contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato		
V. 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-05-01) AL (2025-05-31)			
VI. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 86612513	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/05/15	\$ 275.599
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/05/15	\$ 352.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/05/15	\$ 53.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 681.999
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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	 LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON PS_3222_2025_1E7805-2025-05-19 13:48:54 LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON CC: 53095788 CEL: 3112174396		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 RONALD AGUILAR GOMEZ PS_3222_2025_1E7805-2025-05-20 13:27:06 RONALD AGUILAR GOMEZ CARGO: DIRECTOR FINANCIERO CODIGO 009 GRADO 05		
FIRMA DE QUIEN VALIDA:	 CAROLINA RICO RICO PS_3222_2025_1E7805-2025-05-20 13:24:54 CAROLINA RICO RICO PERFIL: SUPERVICION DIRECCIÓN FINANCIERA		

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	
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	86612513	\$682.000	

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.600	275.600
Pensión	1	352.700	352.700
Riesgos Laborales	1	53.700	53.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	682.000	682.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53095788	LEIDY CAROLINA SAENZ RINCON		CRA 19 D # 1 F - 57 APTO 201	7574492	CAROSAENZRINCON@HOTM AIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	86612513	10
					TOTAL A PAGAR
					\$682.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	53095788	SAENZ RINCON LEIDY CAROLINA	59	0	N																				230301	2.204.200	352.700	0	0	0	0	EPS008	2.204.200	275.600	14-23	2.204.200	3	53.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA