

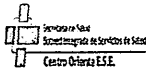
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				53,029,947	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1259 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5,388,960	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	5,575,584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 82,944	
Nº DE INFORME:	TRES (3)		Nº CRP:	5979	Nº CDP: 3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	186,624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 realizó llamado del usuario a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.				
2	Se realizó verificación de ordenes médicas y autorización física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.				
3	Se verificó 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 revisó y validó servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
5	Se actualizó 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 ingresó abonos que realizan los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.				
10	Se realizó cierre de caja, arqueó y acta de entrega al área de tesorería.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	8383550662		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		10/02/2025	\$ 178,000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		10/02/2025	\$ 227,800	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		10/02/2025	\$ 34,700	
OTRO	COMPENSAR		10/02/25	\$ 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 ratifico el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calcula sobre 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 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, 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 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					

Claudia Villamizar
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C 53,029,947
cel: 3143640352

John

L



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

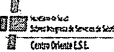
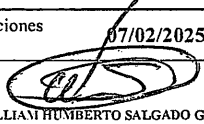
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO			CC:	53029947
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiavillamizar2011@gmail.com			RUT (NID):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 25 17 15 Sur			TELÉFONO:	3143640352
				CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto 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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					488433107437
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 1259 2025	N° CDP:	3	N° RP:	5979
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE MARZO DE 2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 07/02/2025 AL 28/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 82,944				
OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS MDA / CTE					

[Handwritten signature]

Claudia Villamizar
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C 53,029,947
cel: 3143640352

[Handwritten signature]

		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			CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53,029,947		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 1259 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO			\$ 5,388,960		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5,575,584		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 82,944	
N° PAGO / N° DE INFORME:	TRES (3)		N° CRP INICIAL:	5979	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8383550662		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	1	0
VALOR ADICIONADO	186624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:	0
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:			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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS				SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?			☒	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato lo sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?			☒	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?			☒	
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?			☒	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?			☒	
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				07/02/2025	AL 28/02/2025
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E)			
		 YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION			

[Handwritten signature]

Información básica de la planilla

Empresa: CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 8383550662
Fecha de vencimiento: 12/02/2025
Fecha de Pago: 10/02/2025 ✓

NIT: 53029947
Periodo liquidación Pensiones: enero 2025
Periodo liquidación Salud: enero 2025
Total a pagar: \$469,000
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 4

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: 1023
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago en Cajas
Número Autorización: 11292434

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		\$0	\$34,700 ✓
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$227,800 ✓
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$28,500 ✓
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$178,000 ✓
						\$469,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.