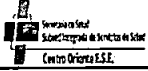
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
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 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.388.960		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.275.584		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
N° DE INFORME:		CUATRO (4)		N° CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		CINCO (5) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS		N° CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		DOS (2)		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 186.624		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.700.000		TIEMPO PRORROGADO:	
III. FOLIZAS					
N° DE PÓLIZA:		SI		NO	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		X	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <small>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)</small>					
ITEM					
1	Se realizó llamado del usuario a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.				
2	Se realizó verificación de 2.430 órdenes médicas y autorización física que presenta el usuario para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.				
3	Se verificó 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 revisó y validó servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.				
5	Se actualizó 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 ingresó 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					
N° DE PLANILLA:		85110679		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		28/03/2025	
PENSIÓN:		ADMINISTRADORA COLOMBIA		28/03/2025	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		28/03/2025	
OTRO		COMPENSAR		28/03/2025	
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 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 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scosp 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 <small>(Cuando se requiera como uno de las obligaciones del contrato)</small>					
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: 3143840352

John



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

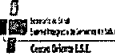
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	CC:	53029947
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiavillamizar2011@gmail.com	RUT (NIT):	
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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)		N° CUENTA:	488433107437
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
N° DEL CONTRATO:	PS 1259 2025	N° CDP:	800
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30 DE JUNIO DE 2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	1/04/2025	AL 30/04/2025
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.900.000		
UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS MDA/CTE			

claudia villamizar

CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C. 53.029.947
cel: 3143640352

 <p style="text-align: center;">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</p>				<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</p>		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1259 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$			5.368.960		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.275.584		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	CUATRO (4)		Nº CRP INICIAL:	5979	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:	85110679		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:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	DOS (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICION:	DOS (2)	PRORROGA: UNA (1)	
VALOR ADICIONADO	186.624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	RP DE LA ADICIÓN:	11823	
VALOR ADICIONADO	\$ 5.700.000	CDP DE LA ADICIÓN:	800	RP DE LA ADICIÓN:	11824	
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 APROBIA 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			<p style="text-align: right;">1/04/2025 AL 30/04/2025</p> <p style="text-align: right;">RONALD AGUILAR GOMEZ DIRECTOR FINANCIERO</p> <p style="text-align: right;">YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION</p>			

Información básica de la planilla

Empresa: CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 85110679
Fecha de vencimiento: 10/04/2025
Fecha de Pago: 28/03/2025

NIT: 53029947
Periodo liquidación Pensiones: marzo 2025
Periodo liquidación Salud: marzo 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: 1083
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago en Cajas
Número Autorización: 1928302

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 Compensación 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.**