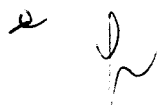


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN						CÓDIGO: AP-1A-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 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	
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:		\$ 5.388.960		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.796.320	
Nº DE INFORME:		UNO (1)		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			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?				SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
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 turno 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, arqueo y acta de entrega al área de tesorería						
11	Se entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área						
12	Se corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas						
13	Se brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines						
14	Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S						
15	Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área						
16	Se realizó las demás actividades realizadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:		8382825263		OPERADOR:		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		COMPENSAR		2/01/2025		\$ 162.500	
PENSIÓN:		COMPENSIONES		2/01/2025		\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:		BOIVAR		2/01/2025		\$ 31.700	
OTRO		COMPENSAR		2/01/2025		\$ 26.000	
TOTAL PAGADO						\$ 428.200	
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 calculó 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 SMMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, aft, pensión rural) 3 - Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo sacop de la cuenta correspondiente al mas 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 S.
 CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
 C.C. 53.029.947
 2443610263



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F		CÓDIGO: AP-IA-FT-014	
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 6	
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		FECHA: 2024-09-16	
Y DE APOYO A LA GESTIÓN			
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	CC:	53029947
CORREO ELECTRÓNICO:	claudia.villamizar2011@gmail.com	RUT (NTI):	
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 tomare costos y deducciones		(X)	
SI tomare 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 2251 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 RESOLUCION 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Regimen 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)		Nº CUENTA:	488433107437
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 1259 2025	Nº CDP:	3
		Nº. RP:	5979
FECHA DE INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE MARZO DE 2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL	2/01/2025	AL 31/01/2025
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 1.796.320		
	UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE		

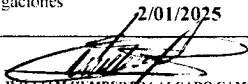
Claudia Villamizar S.

CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C 53.029.947

cel: 3143640352

h

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION				CODIGO: AP-1A-FI-078 VERSION: 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. INFORMACIÓN 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 No.	PS 1259 2025		FECHA INICIO CONTRATO	02 DE ENERO DE 2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$		5.388.960			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.388.960		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.796.320		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)		Nº CRP INICIAL:	5979	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO: 3	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8382825263		OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):			0	
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		
Nº DE PÓLIZA:	SI		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	SI		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?					
2	¿El contratista autoriza 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?					
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 agentes 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 cargo 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 2/01/2025 AL 31/01/2025						
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			

h

Información básica de la planilla

Empresa: CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 8382825263
Fecha de vencimiento: 14/01/2025
Fecha de Pago: 02/01/2025

NIT: 53029947
Periodo liquidación Pensiones: diciembre 2024
Periodo liquidación Salud: diciembre 2024
Total a pagar: \$428,200
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: 59280747

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	\$31,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$208,000
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$26,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$162,500
						\$428,200

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