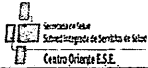
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				53,029,947	
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		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:	\$ 1,900,000
Nº DE INFORME:		CUATRO (4)		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:		UNO (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	UNO (1)
VALOR ADICIONADO		\$ 186,624	CDP DE LA ADICIÓN:	816	PRORROGAS
				CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
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 digiturno entregado por el orientador.					
2 Se realizó verificación de órdenes 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 la 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 u facturación.					
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.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		84390186		OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR		27/02/2025	\$ 178,000
PENSIÓN:		COLPENSIONES		27/02/2025	\$ 227,800
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		27/02/2025	\$ 34,700
OTRO		COMPENSAR		27/02/25	\$ 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 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, etc) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secep 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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

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:	claudia.villamizar2011@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 25 17 15 Sur		TELÉFONO:	3143640352	
			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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DEBILITABLE)			488433107437		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1259 2025	Nº CDP:	816	Nº 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) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1,900,000				
UN MILLÓN NOVECIENTOS MIL PESOS MDA/CTE					

[Handwritten signature]

Claudia Villamizar
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C 53,029,947
cel: 3143640352

[Handwritten mark]

		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		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 PRESTACION 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S		5,388,960	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 5,575,584		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: S 1,900,000	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		CUATRO (4)		Nº CRP INICIAL: 5979	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		84390186		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					
Nº DE MODIFICACIÓN:		UNO (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA): ADICION:	
VALOR ADICIONADO		186,624		PRORROGA	
COP DE LA ADICIÓN:		816		TIEMPO PRORROGADO: 0	
RP DE LA ADICIÓN:		0		PRORROGA	
III. POLIZAS (SI APLICA)		NO		X	
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
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.					
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 adjuntó 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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E) VANILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACION			

9/10/24

REPORTE RESUMEN DE PAGO

formación básica de la planilla

Presencia:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
Planilla:	I
Modalidad o Dependencia:	PRINCIPAL
Número de Radicación:	8384302338
Fecha de vencimiento:	12/03/2025
Fecha de Pago:	27/02/2025

Detalles del pago

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

NIT:	53029947
Periodo liquidación Pensiones:	febrero 2025
Periodo liquidación Salud:	febrero 2025
Total a pagar:	\$469.000
Total de empleados:	1
Número de Administradoras:	4

Nit recaudo:	9998600669427
Medio de Pago:	Pago en Cajas
Número Autorización:	57092752

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.