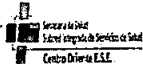


CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				53,029,947			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$				5,388,960		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:				5,388,960		DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS	
Nº DE INFORME:		DOS (2)		Nº CRP:		5979	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI NUEVE (29) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 MODIFICACION		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION:		CRP DE LA ADICION:		PRORROGAS	
III. POLIZAS							
PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO:		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		FECHA DE APROBACION:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO 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 diligenciar 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 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 facturación.						
6	Se realizó la facturación de los pacientes que no requieren cancelar copagos o cuotas de recuperación, proveniente 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.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:		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		10/02/2025		\$ 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 ítem 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 SMMVLV (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 (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato): Adjuntar 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

Handwritten signature and initials.



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

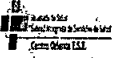
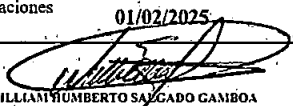
CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO			CC:	53029947
CORREO ELECTRÓNICO:	claudiavillamizar2011@gmail.com			RUT (NIT):	3143640352
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	Nº CUENTA:
NÚMERO 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)					
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		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DÍAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025		AL 28/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5,388,960
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS):	\$ 1,796,320				
UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MDA/CTE					

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-LA-PT-078 VERSIÓN: 3 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	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:	DOS (2)		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:	8383550662		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 - PRÓRROGA):	0		
VALOR ADICIONADO	0		CDP DE LA ADICIÓN:	0	RF DE LA ADICIÓN:	0
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO 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 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 debo 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 prescindió 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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 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)			
			 WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA REFERENTE FACTURACION			

Información básica de la planilla

Empresa:	CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO	NIT:	53029947
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	enero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	enero 2025
Número de Radicación:	8383550662	Total a pagar:	\$469,000
Fecha de vencimiento:	12/02/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	10/02/2025	Número de Administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número Autorización:	11292434
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

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.