

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E						CÓDIGO: AP-IA-FI-077	
APOYO - GESTION DE CONTRATACION						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							
OLGA LUCIA GARCIA GARCIA							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:						52.180.373	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION TIC DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.				1521 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
						2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.757.060		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		(3) TRES MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.757.060		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.919.020	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:		6175	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		(3) TRES MESES		Nº CDP:		3	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:				SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:				Ing. Sindy Stephanie Villarreal Ramirez Jefe Oficina Sistemas de Información TIC			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:		
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	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 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)							
ITEM							
1	Orientar dentro del grupo técnico la distribución de solicitudes de soporte registradas en los diferentes medios de apoyo TI						
2	Monitorear la solución a las solicitudes reportadas por los usuarios finales de la tecnología informática						
3	Respuesta técnica de los casos presentados para la conectividad en la Subred Centro Oriente - gestión Tic						
4	Respuesta técnica de los casos presentados para soporte de sistemas y análisis de información en la Subred Centro Oriente - gestión Tic						
5	Respuesta técnica de los casos presentados para el manejo de la Consola de antivirus Eset, aseguramiento equipos y ataques, soporte servidores, Directorio activo, herramientas office 365, administración URLs por firewall y eventos de seguridad en la Subred - gestión Tic						
6	Respuesta técnica de los casos presentados para el manejo del soporte técnico de la Subred - gestión Tic						
7	Respuesta técnica de los casos presentados para la parametrización del GLPI y adm. Licencias office en mesa de ayuda de la Subred - gestión Tic						
8	Apoyar la gestión de indicadores, documentación, calidad, auditoría y generación de informes de mesa de ayuda						
9	Respuesta técnica de los casos presentados para las VPNs de la Subred Centro Oriente - gestión Tic						

10	Demás que se le asignen por parte del supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del contrato # 7777.
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.

No. DE PLANILLA:		84726584		OPERADOR:		MIPLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:		SANTAS		10/03/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		10/03/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		10/03/2025		\$ 34.700	
OTRO		COMPENSAR		10/03/2025		\$ 28.500	
TOTAL PAGADO						\$ 469.000	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA.

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop 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

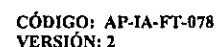
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

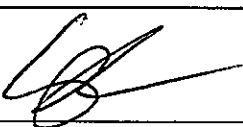
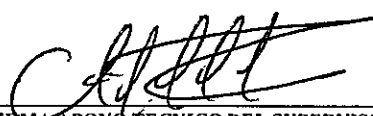
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente.

Olga Lucia Garcia Garcia

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA GARCIA GARCIA
 CC: 52180373
 CEL: 3202381247

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/3/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:		OLGA LUCIA GARCIA GARCIA		CC:	52180373	
CORREO ELECTRÓNICO:		prettyllu@gmail.com		RUT (NIT):	52180373-2	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CARRERA 90B #70A-32		TELÉFONO:	3202381247	
				CIUDAD:	BOGOTÁ D.C.	
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:		BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24067122202
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	1521 2025	Nº CDP:	3	Nº. RP:	6175	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (3) tres meses
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$8,757,060	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/3/2025 AL 31/3/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.919.020					
	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS MCTE.					
						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA LUCIA GARCIA GARCIA						
C.C: 52180373 Bogotá						
cel: 3202381247						



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA 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?	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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/3/2025) AL (31/3/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: Ing. Sindy Stephanie Villarreal Ramírez CARGO: Jefe Oficina Sistemas de Información TIC	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR: Alejandro Carrión PERFIL: Apoyo administrativo	

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52180373	OLGA LUCIA GARCIA GARCIA	CR 90B 70A 32	0000000	prettyfilu@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS - UPC
					1 0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02		10/03/2025	84726584	\$469.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados	
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0	0	0	0	0	0	178.000	1	

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	800336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES												
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	34.700	No. Autorización	Valor	34.700	0	0	34.700			347

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados					
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1					

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52180373	OLGA LUCIA GARCIA GARCIA	CR 90B 70A 32	0000000	prettyllu@gmail.com	
FORMA DE PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD \$
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS - UPC
2025-02	2025-02	I	10/03/2025	84726584	1 - 0
					TOTAL A PAGAR
					\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN		SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Cód. APP	IBC APP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte BENA	Aporte ICREF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	52180373	GARCIA GARCIA OLGA LUCIA	57	0	NI				25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EP9006	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0	

PAGADA