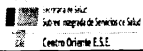
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.212.853		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4215 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		9.430.680		03 DE ENERO DE 2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		9.430.680		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS	
Nº DE INFORME:		UNO (1)		Nº CRP: 7497	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS		Nº CDP: 6	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		ISC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PROROGAS	
				0	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				0	
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 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	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Julio 2024				
2	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Agosto 2024				
3	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Septiembre 2024				
4	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Octubre 2024				
5	Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Noviembre 2024				
6	Se realiza acta de entrega a cartera del mes julio-Agosto-Septiembre-Octubre 2024				
7	Busqueda de soporte en los euipos de la ofcena de las repuestas y radicados en las pagina web de las diferentes ERP				
8	Descargue de archivos de 1769 Pdf del mes de Julio 2024				
9	Descargue de archivos de 1022 Pdf del mes de Agosto 2024				
10	Descargue de archivos de 2309 Pdf del mes de Septiembre 2024				
11	Descargue de archivos de 2499 Pdf del mes de Octubre 2024				
12	Radicacion en las diferentes plataformas de la entidades 1285 facturas				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		82984724		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS EPS		17/01/2025	
PENSIÓN:		COLFONDOS		17/01/2025	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		17/01/2025	
OTRO		COMPENSAR		17/01/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 429.000	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro 2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo 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 scocp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4 - Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasion 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					


OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
C.C 52.212.853
cel: 3222636123

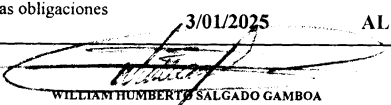
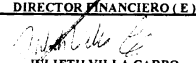


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ				CC:	52212853	
CORREO ELECTRÓNICO:	olgalu2416@gmail.com				RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 28 SUR N° 27-91				TELÉFONO:	3222636123	
					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 12416 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 Regimen Simple de Tributación					SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	9000734260
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
N° DEL CONTRATO:	PS 4215-2025	N° CDP:	6	N° RP:	7497	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31 DE MARZO DE 2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	5 9.430.680
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL		3/01/2025	AL	31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S						3.143.560
TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE							


OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
C.C: 52.212.853
cel: 3222636123

		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 VERSION: 2		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.212.853			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4215 2025	FECHA INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.430.680					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.430.680	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.143.560			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	UNO (1)	Nº CRP INICIAL:	7497	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	6	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82984724	OPERADOR:	MI PLANILLA			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA - FACTURACION					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	0	0		
VALOR ADICIONADO	0	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
FECHA DE LA PÓLIZA	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?				X	
2	¿El contratista autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion del informe de ejecucion de actividades?				X	
3	¿Que el contratista presento 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 articulo 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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 3/01/2025 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)  JULIETH VILLA CARPO REFERENTE FACTURACION				

DATOS DEL APORTANTE							DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA APOCADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ	CALLE 28 # 37-91	3122636123	OLGALU2416@GMAIL.COM		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO						
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NC	2024-12	2024-12	1	17/01/2025	82984724
							CANTIDAD				
							EMPLEADOR		UPC		
									TOTAL A PAGAR		
									\$429.100		

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
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	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
231991	Colfondos	806227841-6	208.300	0	0	0	0	2	300	0	208.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Rete Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor								
14-7	Seguros Bover S.A	860002683-2	31.700				31.700	2	22.7900	31.800		317	31.800

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Ca a	860066942-7	26.300	2	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.800
Pensiones	1	208.300	208.600
Riesgos Laborales	1	31.750	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	429.550	429.900