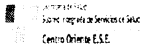
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 TECNÓLOGO 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		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.430.680		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.143.560	
Nº DE INFORME:		TRES (3)		Nº CRP: 7497 N° CDP: 6	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS			
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 ADICIONES 0 PRORROGAS 0	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO 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		Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Noviembre 2024 - 1417 Soportes para entregar a cartera con acta.			
2		Descargue de archivo de objeciones tramitadas mes de Diciembre 2024 - 2084 Soportes para entregar a cartera con acta.			
3		Realice radicación de 2914 cuentas por los diferentes aplicativos			
4		Se realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de informacion DGH.			
5		Se realizo validacion de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y asi realizar un proceso efectivo.			
6		Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agusalud, anexando los soportes pertinentes en cada uno			
7		Asisti a las diferentes actividades de capacitacion programadas por la lider del area, para actualizar conocimientos en normatividad vigente.			
8		Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al regimen de seguridad social en salud, y paginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos.), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salud Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificados con causales de devolucion.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		84538877		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS EPS		10/03/2025	
PENSIÓN:		COLFONDOS		10/03/2025	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		10/03/2025	
OTRO		COMPENSAR		10/03/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 469.000	
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 scosp 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 D DAZA 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		CÓDIGO: AP-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:		OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CC:	52212853
				RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	olgad2416@gmail.com		TELÉFONO:	3222636123	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 28 SUR N° 37-91		CIUDAD:	BARRANQUILLA	
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.					
NO tomare deducciones			(X)		
SI tomare 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 124 del 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 : 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 (X)	NO ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 9000734260
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					
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
FECHA DE INICIO CONTRATO	03 DE ENERO DE 2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31 DE MARZO DE 2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 3.143.560				
TRES MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE					
<div>OLGA DAZA</div> <div>C.C 52.212.853</div> <div>cel: 3222636123</div>					

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Página 1 de 1

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ	CALLE 26 # 37-39	3222536103	OLGA.LUCIA.DAZA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

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				EMPLAZADOS
					UPC
2015-02	2015-02	1	10.03.2025	84538874	TOTAL A PAGAR
					\$459.000

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
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS056	Sanitas EPS	800251440-6	118.000	0								118.000	

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
23100*	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
				No. Autorización	Valor								
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700		34.7	34.700

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	963066940-7	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	118.000	118.000
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