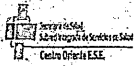
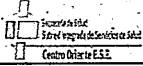


4209

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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					
DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.925.980		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4209 2025		FECHA INICIO CONTRATO 03 DE ENERO DE 2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	8.016.078	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES	\$	8.016.078	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR	\$ 2.672.026	
Nº DE INFORME:	TRES (3)		Nº CRP:	7491	Nº CDP: 6
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 MODIFICACION	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICION:	0	CRP DE LA ADICION:	0
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACION:		
ITEM	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	Realicé seguimiento a los ingresos de los facturadores de urgencias para su respectivo cliente				
2	Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demás actividades registrados en la historia clínica contra lo cargado en los ingresos a facturar				
3	Verifiqué el catgüe y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clínica coincidieran para su respectivo cobro a la ERP				
4	Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas asignadas				
5	Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su posterior radicación				
6	Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas				
7	Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada				
8	Socialicé a cada facturador las novedades reportadas en el DRIVE de armado				
9	Revisé los ingresos reportados con novedad y solicitud de anulación				
10	Participé de las reuniones del área y recibí las socializaciones enviadas por los grupos del área				
V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	84877888		OPERADOR:	MIPLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		10/02/2025		\$ 178.000
PENSION:	PROTECCION		10/02/2025		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		10/02/2025		\$ 34.700
OTRO:					\$ -
TOTAL PAGADO					\$ 440.500
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 calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados de los meses anteriores pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					

Deisy Bolivar Garcia
DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
C.C. 1.023.925.980
cel: 3507428637

[Handwritten signature]



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025

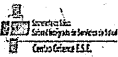
NOMBRES Y APELLIDOS:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	CC:	1023925980
CORREO ELECTRÓNICO:	paola272910@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 3 ESTE 43C-40 SUR	TELÉFONO:	3507428637
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO 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 ARTÍCULO 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA)		Nº CUENTA:	550008400766906

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4209 2025	Nº CDP:	6	Nº RP:	7491	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDO 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:	S 8.016.078
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)	\$ 2.672.026						
	DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS MDA / CTE						

C.C
cel:
DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
1.023.925.980
3507428637

[Handwritten signature]

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FI-078 VERSIÓN: 2		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.023.925.980			
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°		PS 4209 2025		FECHA INICIO CONTRATO		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8.016.078		03 DE ENERO DE 2025		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES		\$ 8.016.078		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		
N° PAGO / N° DE INFORME		TRES (3)		N° CRP INICIAL:		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y VEINTI OCHO (28) DÍAS		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL		84877888		OPERADOR:		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES		DIRECCIÓN FINANCIERA - FACTURACIÓN		MIPLANILLA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES		ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIÓN		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):		
VALOR ADICIONADO		0		ADICIÓN:		
CDP DE LA ADICIÓN		0		PRORROGA:		
RP DE LA ADICIÓN		0		TIEMPO PRORROGADO:		
TIEMPO PRORROGADO:		0				
III. POLIZAS (SE APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		
N° DE POLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		
IV. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS						
SE VERIFICA QUE SE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.						
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS						
ITEM					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 cargo 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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al período del						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		1/03/2025 AL 31/03/2025				
		WILLIAM HUMERTO SALGADO GAMBOA DIRECTOR FINANCIERO (E)				
		YAMILE CANO HERRERA REFERENTE FACTURACIÓN				

Información básica de la planilla

Empresa:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	NIT:	1023925980
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	febrero 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	febrero 2025
Número de Radicación:	84877888	Total a pagar:	\$440,500
Fecha de vencimiento:	19/03/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	10/03/2025	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	1325222114
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 ✓
230201	800229739	Proteccion (ING + Protección)	1		\$0	\$227,800 ✓
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		\$0	\$178,000 ✓
						\$440,500

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

