

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 1	
		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2024-09-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ					
		CON C.C.Nº		1.012.438.799	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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 3098 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		6.340.680		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 34.873.740		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.170.340	
Nº DE INFORME:		11		Nº CRP:	
				16984	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES		Nº CDP:	
				135	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA SEDE ADMINISTRATIVA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		8		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				950	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				1369	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1752	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				2205	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2633	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3069	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3376	
VALOR ADICIONADO		6.340.680		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3636	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1 Se realiza seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas.					
2 Se realiza gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios disponibles, para aplicación de traslados de saldos en el aplicativo Dinamica Gerencial					
3 Elaboración de Notas credito por ajustes de miles de pesos.					
4 Programación y cumplimiento de citas de conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro de cartera a las entidades a cargo.					
5 Asistencia y seguimiento a mesas de flujo de recursos programadas por la Superintendencia de Salud.					
6 Hacer seguimiento a las diferentes mesas de trabajo para conciliación de glosas y devoluciones de los pagadores a cargo.					
7 Organización y mantenimiento del archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.					
8 Gestión a la respuesta de Cobro Coactivo de las empresas a cargo.					
9 Organizar el archivo de las entidades					
10 Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte de los diferentes entes de control, proponiendo estrategias y correctivos que se consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales					
11 Realizar actas de de reunion					
12 Asistencia a mesas de trabajo programadas para depuración de cartera con los responsables de pago a cargo.					
13 Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		82464307		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		VALOR PAGADO	
PENSIÓN:		PORVENIR		\$ 162.500	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA SEGUROS		\$ 208.000	
OTRO		CCF COMPENSAR		\$ 31.700	
				\$ 26.000	
				\$ 428.200	
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 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, pension, 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)					
Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional					
Nathalia Calderon S.					
FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ					
CC: 1.012.438.799					
CEL: 3014867005					

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	CC:	1012438799
CORREO ELECTRÓNICO:	julynathaliac@gmail.com	TELÉFONO:	3014867005
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78 BIS B 58M 45 SUR INM 06	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.

Régimen 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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488411637769
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

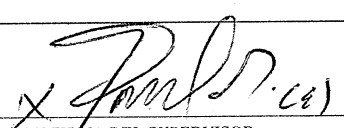
DATOS DEL CONTRATO SANEADO						
N° DEL CONTRATO:	PS 3098 2024	N° CDP:	3636	N°. RP:	45231	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 34.873.740
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	TRES MILLONES CIENTO SETENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS					
	\$ 3.170.340					

Nathalia Calderon S.

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

C.C 1012438799

Cel: 3014867005

<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 </div> </div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
NOMBRE DEL CONTRATISTA		JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.012.438.799	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL 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 No.	PS 3098 2024	FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.340.680,00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.873.740,00	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(11 de 11)	Nº CRP INICIAL:	16984
		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	135
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	(Nº 82464307)	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN FINANCIERA		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (8)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	ADICION (8) PRORROGA (8)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 950 RP DE LA ADICIÓN: 22570	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 1369 RP DE LA ADICIÓN: 26151	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 1752 RP DE LA ADICIÓN: 30061	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 2205 RP DE LA ADICIÓN: 33718	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 2633 RP DE LA ADICIÓN: 37745	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 3069 RP DE LA ADICIÓN: 40759	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN: 3376 RP DE LA ADICIÓN: 43044	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 6.340.680	CDP DE LA ADICIÓN: 3636 RP DE LA ADICIÓN: 45231	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	-	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	-
FECHA DE LA PÓLIZA	-	ACTO ADMINISTRATIVO DE	-
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 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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/12/2024) AL (31/12/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div>  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO </div>	
		<div>  </div> <div> NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ PERFIL: REFERENTE CARTERA </div>	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012438799	JULY NANCY CALDERON SANCHEZ	Kr 78 Bis B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007158	nathalia9822@hotmail.com	
FORMA 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 (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82464307
				TOTAL A PAGAR
				\$428.200

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PÉNSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Poverit	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización		Aportes Otros	Valor Neto	Valor Mora		Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Colización Obligatoria	Colización Voluntaria			Días	Mora						
14-23	Positiva Seguros	860011453-6	31.700			31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	25.000	0	0	25.000	1

TOTALES PARAFISCALES

[illegible]

TOTAL ES POR SII SISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE LMA, IRP y Mora
Salud	1	162.500
Pensión	1	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700
CCF	1	26.000
ESAP	0	0
IOBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	4	428.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	08/12/2024	82464307	\$428,200	

INFORMACIÓN COZYANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION		SALUD		RIESGO LABORALES		CCF		PARAFISCALES																												
No.	Tipo	Apellidos y Nombres		Colante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estadístico	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	AN	YST	SLN	IGI	LMA	VAC	AVP	VCT	IRRL	Corrección	Cód. APP	Contribución	Voluntari Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo de pensión por vejez de sustitución	Fondo de pensión por invalidez de sustitución	Cód. EPS	IBC EPS	Colación / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Colación	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC esos parafiscales	Aporte SSNA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	10121337896	CALDERON SANCHEZ JULY NAHALIA	59	0	N																			235307	1.350.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.350.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31700	CCF524	1.300.000	28.000	0	0	0	0	0	0