

		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 GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		6.340.680		DOS (2) MESES	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 34.873.740		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		10		Nº CDP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES			
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		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		TIEMPO PRORROGA DO: UN (1) MES	
VALOR ADICIONADO		6.340.680		TIEMPO PRORROGA DO: DOS (2) MESES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
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 actividades específicas realizadas durante el mes)					
ITEM					
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:		81724146		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		13/11/2024	
PENSIÓN:		PORVENIR		13/11/2024	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA SEGUROS		13/11/2024	
OTRO		CCF COMPENSAR		13/11/2024	
TOTAL PAGADO		\$ 428.200			
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 Ibe 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					
FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ CC: 1.012.438.799 CEL: 3014867005					

Nathalia Calderon S.

ip



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: 30/11/2024

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.	SI ()	NO (X)
---	--------	----------

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

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

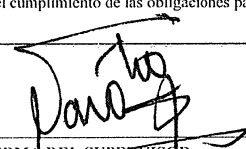
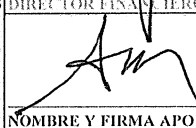
Nº DEL CONTRATO:	PS 3098 2024	Nº CDP:	3636 ✓	Nº. RP:	45231 ✓	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 34.873.740		

PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024
--------------------------	------------------------------

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	TRES MILLONES CIENTO SETENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS
	\$ 3.170.340

Nathalia Calderon S.

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
C.C 1012438799
Cel: 3014867005

 <p align="center"> 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 </p>						CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2	
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 PRESTACION 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:		(10 de 10)		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 81724146)		OPERADOR:		MII 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 – PRÓRROGA):		ADICIÓN (8)		PRÓRROGA (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 LABORAL 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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/11/2024) AL (30/11/2024)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:  SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO CARGO: DIRECTOR FINANCIERO			
				NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:  GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ PERFIL: REFERENTE CARTERA			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	2024-10	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
	2024-10	2024-10	I		81724146	\$428.200

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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	860066942-7	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500	
Pensión	1	208.000	208.000	
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700	
CCF	1	26.000	26.000	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	428.200	428.200	

DATOS DE LA PLANTILLA						
PLANTILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANTILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANTILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO PAID	PERIODO PENSIONES					
2023-10	2023-10	I	13/11/2023	8172416		\$428,200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información