

OK

 Subsecretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.		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: 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 N°		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:		\$ 28.533.060		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.170.340	
N° DE INFORME:		9		N° CRP:	
				16984	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		NUEVE (9) MESES		N° CDP:	
				135	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA SEDE ADMINISTRATIVA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				7	
				PRORROGAS	
				7	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				950	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				22570	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1369	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				26151	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1752	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				30061	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2205	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				33718	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				2633	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				37745	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3069	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				40759	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CDP DE LA ADICIÓN:	
				3376	
				CRP DE LA ADICIÓN:	
				43044	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° 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)					
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 Dinámica Gerencial			
3		Elaboración de Notas crédito 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 reunión			
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 área.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		80899069		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		8/10/2024	
				\$ 162.500	
PENSIÓN:		PORVENIR		8/10/2024	
				\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA SEGUROS		8/10/2024	
				\$ 31.700	
OTRO		CCF COMPENSAR		8/10/2024	
				\$ 26.000	
		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 ítem 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 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 AgisSalud Correo Electronico Institucional					
Nathalia Calderon Sanchez					
FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ					
CC: 1.012.438.799					
CEL: 3014867005					

78



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: 31/10/2024

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	N° CUENTA:	488411637769
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

DATOS DEL CONTRATO Y ADICIONES						
N° DEL CONTRATO:	PS 3098 2024	N° CDP:	3376	N°. RP:	43044	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/10/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 28.533.060
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024					
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 Sanchez
JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
C.C 1012438799
Cel: 3014867005



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

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
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 N° 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 N°. PS 3098 2024 FECHA INICIO CONTRATO 1/02/2024

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 28.533.060 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.170.340

N° PAGO / N° DE INFORME: (9 de 9) N° CRP INICIAL: 16984 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 135

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) MESES

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 80899069 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

N° DE MODIFICACIÓN:	N° 7	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
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

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA: - NOMBRE DE LA ASEGURADORA: -
FECHA DE LA PÓLIZA: - ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN: -

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 (01/10/2024) AL (31/10/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
DIRECTOR FINANCIERO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD 2024-09	PERIODO PENSIONES 2024-09	I	08/10/2024	TOTAL A PAGAR \$428.200	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora	Totál a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización	UPC		
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

[illegible]

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
0	0	0	0	0	
SENA					
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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012438799	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 78 B #59M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007159	nathalia9622@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TÍPO PLANILLA	FECHA PAGO PLANILLA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS ÚNC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	1	08/10/2024	80899069	\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION					SALUD			RIESGOS CORRELADOS																	
No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	IE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUN	IS	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cdd. AFP	IBC AFP	Cotización o Afiliado	Voluntari Aportante	Voluntari pensional solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cdd. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cdd. ARL	IBC ARL	Cuota de Riesgo	Colocación	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscas	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1012438799	CALDERON SANCHEZ JULY NATHALIA	99	0		N																	238901	1.300.000	204.000	0	0	0	0	EPS002	1.380.000	182.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA