Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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 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:	$ 25.362.720		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.170.340	
Nº DE INFORME:	8	**Nº CRP:**	16984	**Nº CDP:**	135
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	6	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	950	**CRP DE LA ADICIÓN:**	22570	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1369	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26151	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1752	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30061	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2205	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33718	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2633	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37745	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3069	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40759	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

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

ITEM	(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)
1	Se realiza seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas.
2	Se realizo 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:	80136706	**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SALUD TOTAL	9/09 2024	$ 162.500	
PENSIÓN:	PORVENIR	9/09 2024	$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA SEGUROS	9/09 2024	$ 31.700	
OTRO	CCF COMPENSAR	9/09 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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Nathalia Calderon S.

FIRMA DEL CONTRATISTA: JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
CC: 1.012.438.799
CEL: 3014867005

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: 30/09/2024			
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***	**N° CUENTA:**	***488411637769***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	**PS 3098 2024**	**N° CDP:**	**3069** ✓	**N°. RP:**	**40759** ✓	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : OCHO (8) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/09/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 25.362.720**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2024 AL 30/09/2024					
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 Sanchez

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
C.C 1012438799
Cel: 3014867005

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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 Nº 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 TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 25.362.720		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.170.340
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(8 de 8)	**Nº CRP INICIAL:**	16984	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	135
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80136706		**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 6**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION (6)**	**PRORROGA (6)**
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

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº 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 **clausula "Forma de Pago,** CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2024) AL (30/09/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **DIRECTOR FINANCIERO**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012438799	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 78 Bis B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007158	nathalia9622@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80136706	$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 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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
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

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012438799	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 78 Bis B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007158	nathalia9622@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80136706	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012438799	CALDERON SANCHEZ JULY NATHALIA	59	0				N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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