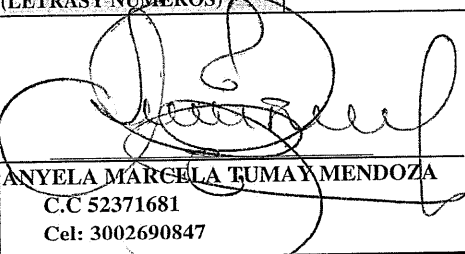


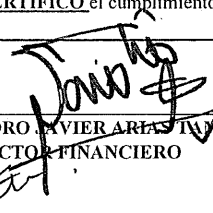
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
ANIELA MARCELA TUMAY MENDOZA					
		CON C.C.N°	52.371.681		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS 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 3099 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.340.680,00		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	25.362.720,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340,00
N° DE INFORME:	8	N° CRP:	16985	N° 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					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	6	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	950	CRP DE LA ADICIÓN:	22566
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1369	CRP DE LA ADICIÓN:	26147
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1752	CRP DE LA ADICIÓN:	30058
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2205	CRP DE LA ADICIÓN:	33715
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2633	CRP DE LA ADICIÓN:	37742
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3069	CRP DE LA ADICIÓN:	40756
III. POLIZAS (SI APLICA)					
N° DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
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 realizó gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recaudo de los valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
2	Se realizó actualización de la matriz de saldos de 22 procesos de cobro coactivo de entidades asignadas, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
3	Se realizó seguimiento, control y circularización de cartera a las 35 entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con corte junio 2024) evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
4	Se realizó gestión de cobro y solicitud de soportes de las EPS y entes territoriales de valores girados mediante herramientas electrónicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
5	Se realizó programación de citas con las EPS Capresoca- EPS Salud Total- S.S Cundinamarca y otros entes territoriales				
6	Se realizó gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co				
7	Se realizó trámites mediante cruces, aplicación de pagos o procesos de cobro de orden judicial.				
8	Se realizó visita programada en Secretaría de Salud de Cundinamarca y de acuerdo al cronograma con la entidad.				
9	Se realizó recepción de 8 radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión.(Capresoca-Salud Total)				
10	Se realizó informe al referente del área de los procesos de depuración de la cartera, así como el trámite realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co				
11	Se realizó actividad según programación del líder del proceso y se asiste a reuniones y capacitaciones programadas por el área.				
12	Se realizó actividad según programación o directriz del líder del proceso.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	80123996		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANTAS		09/09/2024	\$ 162.500	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		09/09/2024	\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		09/09/2024	\$ 31.700	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 402.200	
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 calculó 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secomp en 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					
FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 52.371.681 CEL:300 2690847 Aniela Marcela Tumay Mendoza					



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:	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA				CC:	52371681
CORREO ELECTRÓNICO:	anytumy@gmail.com				TELÉFONO:	3002690847
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 2 No 91-11				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:	009270306351
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 3099 2024	N° CDP:	3069	N°. RP:	40756	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : OCHO (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/02/2024	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 M/CTE					
	\$ 3.170.340					
 ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA C.C 52371681 Cel: 3002690847						

	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							
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA							
CON C.C N° 52.371.681							
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS 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 3099 2024		FECHA INICIO CONTRATO	01/02/2024			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.362.720		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340			
N° PAGO / N° DE INFORME:	(8 de 8)	N° CRP INICIAL:	16985	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 135			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES						
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80123996	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° 6	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (6)	PRORROGA (6)		
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	950	RP DE LA ADICIÓN:	22566	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1369	RP DE LA ADICIÓN:	26147	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1752	RP DE LA ADICIÓN:	30058	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2205	RP DE LA ADICIÓN:	33715	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2633	RP DE LA ADICIÓN:	37742	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3069	RP DE LA ADICIÓN:	40756	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)							
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX			
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		XX			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> 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					

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	OPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	08/09/2024	*80123996	\$402,200	

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Valor Mora Cotización		
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSION												
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
25-14	Copenseristas	900363004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		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
			Obligatoria	No. Autorización	Valor											
14-7	Siguros Bolívar S.A.	860002503-2	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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados
SENA				

0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA.			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR 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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402,200	402,200

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
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	1	09/09/2024	80123966	\$402.200	
2024-08	2024-08					

[illegible]

PAVAD