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	
ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA	
CON C.C N°	52.171.681
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:	105 2024		FECHA INICIO CONTRATO	3/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.340.680,00	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.533.060,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	3.170.340
N° DE INFORME:	9	N° CRP:	16085	N° CDP:	135
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓN:S	7	PRÓRROGAS	7	
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	950	CRP DE LA ADICIÓN:	22566	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1360	CRP DE LA ADICIÓN:	26147	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1952	CRP DE LA ADICIÓN:	30858	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2205	CRP DE LA ADICIÓN:	33715	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2633	CRP DE LA ADICIÓN:	37742	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3069	CRP DE LA ADICIÓN:	40256	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3376	CRP DE LA ADICIÓN:	43042	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

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 gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recaudo de las valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico, consolidado en cartera@subredcentrooriente.gov.co
2	Se realiza actualización de la matriz de saldos de 22 proveedores de bienes y servicios de entidades asignadas, con evidencia en correo electrónico generado por cartera@subredcentrooriente.gov.co
3	Se realiza seguimiento y respuesta a la circularización de cartera de las actividades responsables de pago asignadas y fortalecimiento con corte junio 2024 evidencia en correos electrónicos consolidado en cartera@subredcentrooriente.gov.co.
4	Se realiza gestión de cobro y solicitud de soportes de las EPS y entes territoriales de valores a favor, los mismos fortalecidos electrónicos generados disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico consolidado en cartera@subredcentrooriente.gov.co
5	Se realiza programación de citas con las entes territoriales Hospital Quinche Cundinamarca
6	Se realizo gestión y tramite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electrónico consolidado cartera@subredcentrooriente.gov.co.
7	Se realizo tramites mediante oficio y aplicación de pagos a procesos de cobro de orden judicial.
8	Se realizo visita de acuerdo al cronograma con la entidad
9	Se realizo recepción de radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidado físico para el archivo según gestion (Capresoca Salud Total)
10	Se realizo actualización de los radicados del mes y de los procesos gestionados, reporte de cartera, así como el cargue trimestral de las ventas ante el sistema de salud de cada departamental. Evidencias en correos electrónicos consolidado en cartera@subredcentrooriente.gov.co
11	Se realizo actividad según programación del líder del proceso, se anexa evidencias y cronograma programado por el área
12	Se realizo actividad según programación o directriz del líder del proceso.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	30906068	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	9/10/2024	$ 31.700
OTRO			
TOTAL PAGADO:			$ 402.200

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 dentro el cual se calcula sobre el 40% de ingreso que corresponden del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea inferior a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, etc)
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo o acceso de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
4.- Que autorizo a la empresa a que estoy obligado a pagar, para acreditar el señalado contrato.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como soporte de las obligaciones del contrato)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo: Documentos de Respuesta Agilvalue, Correo Electrónico Institucional

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC.: 52.171.681
CEL.:300 2600847

Secretaría Distrital 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: 31/10/2024			
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*	Nº CUENTA:	*009270306351*

DATOS DEL CONTRATO O ADICIÓN Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3099 2024	Nº CDP:	3376	Nº. RP:	43042	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 M/CTE					
	$ 3.170.340					

ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA
C.C 52371681
Cel: 3002690847

Secretaría Distrital 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					
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3099 2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	28.533.060		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		$ 3.170.340
N° PAGO / N° DE INFORME:	(9 de 9)	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:	80906068		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 – PRORROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
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
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3376	RP DE LA ADICIÓN:	43042	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

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 (01/10/2024) 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

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	52371681	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA		CL 2 91-11 SUR CASA 177	6019424713	anytumy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	1	09/10/2024	80909068	TOTAL A PAGAR	
					$402,200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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										
14-7	Seguros 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	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	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

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	52371681	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA	CL 2 91-11 SUR CASA 177	6019424713	anytumy@gmail.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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80906068	$402.200	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52371681	TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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