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	
ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	
CON C.C Nº	52.160.932
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 3122 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
Nº DE INFORME:	9	**Nº CRP:**	17005	**Nº 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

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:**	22576	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1369	**CRP DE LA ADICIÓN:**	26159	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1752	**CRP DE LA ADICIÓN:**	30068	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2205	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33725	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2633	**CRP DE LA ADICIÓN:**	37751	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3069	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40764	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3376	**CRP DE LA ADICIÓN:**	43050	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

ITEM	**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)**
1	REVISION CUENTAS DE COBRO OPS MES DE SEPTIEMBRE 2024..... 950
2	REVISION DE FACTURAS DE PROVEEDORES DE BIENES DOCUMENTOS FUENTE Y PARTE IMPOSITIVA 680
3	NOTAS DE AJUSTES DE NOVEDADES DE OPS..... 76
4	NOTAS AJUSTE POR REDONDEO A FACTURAS DE BIENES 15
5	CONCILIACIONES PROVEEDORES 02
6	CREACION DE TERCEROS Y PROVEEDORES 230
7	NOTAS CREDITO Y DEBITO FACTURAS PROVEEDORES BIENES 25
8	
9	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	80467386	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SURA**	09/09/20024	**$ 162.700**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	09/09/20024	**$ 208.200**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	09/09/20024	**$ 31.800**
OTRO	**COMPENSAR**	09/09/20024	**$ 26.100**
	TOTAL PAGADO		**$ 428.800**

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 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 periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 52.160.935
CEL:312 3431561

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:	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	**CC:**	52160932
CORREO ELECTRÓNICO:	amalulu2@gmail.com	**TELÉFONO:**	3123431561
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 49B Sur 9.89 Torre 8 Apto. 402	**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:	***BBVA***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***552157935***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	**PS 3122 2024**	**N° CDP:**	**3376** ✓	**N°. RP:**	**43050** ✓	**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					

ADRIANA MARCELA LUGO LUGO
C.C. 52160932
Cel: 3123431561

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

ADRIANA MARCELA LUGO LUGO

CON C.C Nº 52.160.932

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL DE APOYO A LA GESTION 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 3122 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	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(9 de 9)	**Nº CRP INICIAL:**	135	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	17005
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	80467386		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN FINANCIERA - CUENTAS POR PAGAR				
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:**	22576	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1369	**RP DE LA ADICIÓN:**	26159	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1752	**RP DE LA ADICIÓN:**	30068	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2205	**RP DE LA ADICIÓN:**	33725	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2633	**RP DE LA ADICIÓN:**	37751	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3069	**RP DE LA ADICIÓN:**	40764		UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3376	**RP DE LA ADICIÓN:**	43050	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	N/A

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	52160932	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO		CALLE 49 B SUR N9 89 TORRE 8 APT402	3128615420	amalulu2@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80467386	$428.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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										
147	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	1	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	1	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.800

PAGADA

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	52160932	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	CALLE 49 B SUR N 9 89 TORRE 8 APT 402	3129116420	amalulu2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – 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	1	09/10/2024	80487386	$428.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Dep. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INT	COR	Cód. AFP	ING AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ING EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ING ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	ING CCF	Aporte CCF	ING otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52160932	LUGO LUGO ADRIANA MARCELA	59	0	1	N																23201	1/09/2000	308.000	0	0	0	0	EPS010	1/09/2000	162.500	14-7	1/09/2000	3	35.700	CCF24	1/09/2000	28.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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