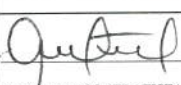
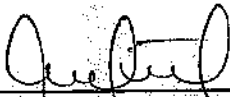
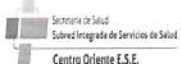


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ADRIANA MARCELA LUGO LUGO					
CON C.C N°		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:		25.362.720		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.170.340	
N° DE INFORME:		8		N° CRP:	
				17005	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		OCHO (8) 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:		6		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				22576	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				26159	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				30068	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				33725	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				37751	
VALOR ADICIONADO		3.170.340		CRP DE LA ADICIÓN:	
				40764	
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		REVISION CUENTAS DE COBRO OPS MES DE AGOSTO 2024..... 638			
2		REVISION DE FACTURAS DE PROVEEDORES DE BIENES DOCUMENTOS FUENTE Y PARTE IMPOSITIVA 200			
3		NOTAS DE AJUSTES DE NOVEDADES DE OPS..... 76			
4		NOTAS AJUSTE POR REDONDEO A FACTURAS DE BIENES 15			
5		CONCILIACIONES PROVEEDORES 6			
6		CREACION DE TERCEROS Y PROVEEDORES 245			
7		NOTAS CREDITO Y DEBITO FACTURAS PROVEEDORES BIENES 200			
8					
9					
10					
11					
12					
13					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		79721159		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SURA		09/09/20024	
PENSION:		PROTECCION		09/09/20024	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		09/09/20024	
OTRO		COMPENSAR		09/09/20024	
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, ari, 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					

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 Aptó. 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	Nº CUENTA:	552157935
DATOS DEL CONTRATO O ADICIÓN Y PERÍODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3122 2024	Nº CDP:	135	Nº RP:	17005	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SIETE (8) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024 ✓	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/09/2024 ✓		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 25.362.320
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/09/2024 AL 30/09/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	TRES MILLONES CIENTO SETENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS					
	\$ 3.170.340 ✓					
 ADRIANA MARCELA LUGO LUGO C.C. 52160932 Cel: 3123431561						

		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 N° 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:		\$ 25.362.720		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.170.340	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(8 de 8)		Nº CRP INICIAL:	
				950	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		OCHO (8) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		79721156		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
				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					
<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 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		

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° 89 TORRE 8 APT 412	3128615420	amalku2@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 (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	79721156	\$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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		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 Colización	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Protección)	800228739-0	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
				lic. 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	
CCF24	Compensar Caja	860065942-7	26.000	0	0	26.000		1	

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

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA AFILIADA	FECHA PAGO ASIGNADA (PLANIFICADO)	TPO PLANILLA	FECHA PAGO (COMPROBADO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 105
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR:
2023-08	2024-08	1	09/09/2024	79721156	\$428.200

R
 A
 G
 A
 D
 A