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 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:	34.873.740			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.170.340		
N° DE INFORME:	11		N° CRP:	135	N° CDP:	17005	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES						
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA						
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO - DIRECTOR FINANCIERO						

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	8	PRORROGAS	8	
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
VALOR ADICIONADO	6.340.680	CDP DE LA ADICIÓN:	3636	CRP DE LA ADICIÓN:	45237	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES

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 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	REVISION CUENTAS DE COBRO OPS MES DE NOVIEMBRE 2024..... 380
2	REVISION DE FACTURAS DE PROVEEDORES DE BIENES DOCUMENTOS FUENTE Y PARTE IMPOSITIVA 580
3	NOTAS DE AJUSTES DE NOVEDADES DE OPS..... 245
4	NOTAS AJUSTE POR REDONDEO A FACTURAS DE BIENES 30
5	CONCILIACIONES PROVEEDORES 04
6	CREACION DE TERCEROS Y PROVEEDORES 310
7	NOTAS CREDITO Y DEBITO FACTURAS PROVEEDORES BIENES 15

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82038138	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	4/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	4/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	4/12/2024	$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	4/12/2024	$ 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

Adriana Lugo

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: 31/12/2024			
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:**	**3636**	**N°. RP:**	**45237**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : ONCE (11) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/02/2024	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/12/2024		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 34.873.740**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	TRES MILLONES CIENTO SETENTA MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS					
	$ 3.170.340					

Adriana Lugo

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: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ADRIANA MARCELA LUGO LUGO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**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 INICIAL DEL CONTRATO	$ 6.340.680,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 34.873.740,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.170.340,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	11	**Nº CRP INICIAL:** 135	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	17005	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82038138		**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 (8)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (8)	PRORROGA (8)
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
VALOR ADICIONADO	$ 3.170.340	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3376	**RP DE LA ADICIÓN:**	43050	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 6.340.680	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3636	**RP DE LA ADICIÓN:**	45237	**TIEMPO PRORROGADO:**	DOS (2) MESES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	N/A
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO** **CARGO:** **DIRECTOR FINANCIERO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **LINA YISBETH NIÑO PATIÑO** **PERFIL:** **REFERENTE CUENTAS POR PAGAR**

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	3126154420	amalulu2@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-11	2024-11	I	04/12/2024	82038138	TOTAL A PAGAR	
					$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 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	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 Bolivar 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	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

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	3128615420	amalulu2@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	
2024-11	2024-11	I	04/12/2024	82038138	$428.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
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
CC	52160932	LUGO LUGO ADRIANA MARCELA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-7	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