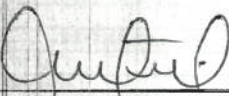


<div><div><div><div></div><div>Logo de Salud</div></div><div><div>Subred integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div></div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div></div>		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:	34.873.740	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.170.340
Nº DE INFORME:	10	Nº CRP:	135
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			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	8	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	950
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1369
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	1752
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2205
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	2633
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3069
VALOR ADICIONADO	3.170.340	CDP DE LA ADICIÓN:	3376
VALOR ADICIONADO	6.340.680	CDP DE LA ADICIÓN:	3636
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
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 OCTUBRE 2024 580		
2	REVISION DE FACTURAS DE PROVEEDORES DE BIENES DOCUMENTOS FUENTE Y PARTE IMPOSITIVA 560		
3	NOTAS DE AJUSTES DE NOVEDADES DE OPS 72		
4	NOTAS AJUSTE POR REDONDEO A FACTURAS DE BIENES 27		
5	CONCILIACIONES PROVEEDORES 03		
6	CREACION DE TERCEROS Y PROVEEDORES 250		
7	NOTAS CREDITO Y DEBITO FACTURAS PROVEEDORES BIENES 12		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	81232608	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/11/2024	\$ 162.700
PENSIÓN:	PROTECCION	13/11/2024	\$ 208.200
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	13/11/2024	\$ 31.800
OTRO	COMPENSAR	13/11/2024	\$ 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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			

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: 30/11/2024						
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 01/11/2024 AL 30/11/2024					
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						

FECHA DE EMISIÓN: 30/11/2024

PERIODO OBJETO DE COBRO:

VALOR A PAGAR

CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN

LETRAS Y NUMEROS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO

ADICIONES

		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:		\$ 34.873.740		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 3.170.840	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(10 de 10)		Nº CRP INICIAL:	
				135	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE (11) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81232608		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
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)					
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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
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	TÉLFONO	CORREO
CC	52169532	ADRIANA MARCELA LUGO LUGO	CALLE 49 B SUR N 9 89 TORRE 8 APT 402	312815420	amialu2@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81232508	1
PERIODO SALUD	2024-10				TOTAL A PAGAR
					\$428.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	IPC Adicional	Incapacidades
EPS010	EPS Sura	800085702-2	162.500	0	No. Autorización Valor
					0 0
					Días Mora Valor Mora Cotización
					1 200
					Valor Mora UPC
					0
					Total a Pagar No. Afiliados
					162.700 1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Cotización	Aporte FSP - Subsidio	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	216.000	0	0	0	0	200	1
								Valor Mora FSP	
								0	
								Total a Pagar	
								208.200	

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
14-7	Seguros Bolívar S.A.	800002503-2	31.700	0	0	31.700	1	100	1
								Valor Saldo a Favor	
								317	
								Fondo Solidaridad	
								Total a Pagar	
								31.800	

TOTALES CUAS					
Compensar Caja					
Código	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24		850066942-7	26.000	1	100
					Total a Pagar No. Afiliados
					26.100 1

TOTALES PARAFASEALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	1	0	0	0
0	1	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	162.500	162.700	1
Pensión	1	208.000	208.200	1
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800	1
CCF	1	26.000	26.100	1
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.800	4