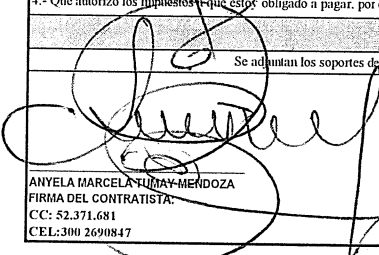
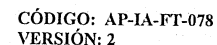


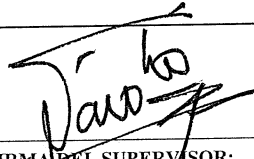
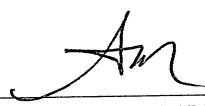
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA					
		CON C.C.N°	52.371.681		
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.		PS 5602 2024	FECHA INICIO CONTRATO		13/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	6.229.440,00	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) MES DIECIOCHO (18) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.336.040	
N° DE INFORME:	1	N° CRP:	47604	N° CDP:	3955
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CERO (0) 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:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:
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)					
1	Se realizó gestión de la cartera de las EPS y entes territoriales del cobro para recado de los valores libres para pago, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
2	Se realizó actualización de la matriz de saldos de 22 procesos de cobro conativo de entidades asignadas, con evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
3	Se realizó seguimiento y respuesta a la circularización de cartera de las 35 entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con corte junio 2024) evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
4	Se realizó gestión de cobro y solicitud de soportes de las EPS y entes territoriales de valores girados mediante herramientas electrónicas y medios disponibles (EPS Capresoca-Salud Total) correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
5	Se realizó programación de citas con las entes territoriales (Mariflo-Boyaca-Bolívar)				
6	Se realizó gestión y trámite de correspondencia de acuerdo a requerimientos con la EPS y Entes territoriales. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
7	Se realizó trámites mediante cruces aplicación de pagos o procesos de cobro de orden judicial.				
8	Se realiza visita de acuerdo al cronograma con la entidad.				
9	Se realizó recepción de radicados de acuerdo a las entidades asignadas, consolidando físicos para el archivo según gestión (Capresoca-Salud Total)				
10	Se realizó actualización de los informes del área y de los procesos gestión y trámite de cartera, así como el trámite realizado antes varios entes de salud de orden departamental. Evidencia en correo electrónico conciliacioncartera5@subredcentroorientegov.co.				
11	Se realizó actividad según programación del líder del proceso y se asiste a reuniones y capacitaciones programadas por el área.				
12	Se realizó actividad según programación o directriz del líder del proceso.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	81717462		OPERADOR:		II PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	SANTITAS		13/11/2024		\$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES		13/11/2024		\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		13/11/2024		\$ 31.700
OTRO					
TOTAL PAGADO					\$ 402.200
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 calculó 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, art. pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secep de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos 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 Electrónico Institucional					
 ANYELA MARCELA TUMAY-MENDOZA FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 52.371.681 CEL: 300 2690847					

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:	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA ✓				CC:	52371681 ✓
CORREO ELECTRÓNICO:	anytummy@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 ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5602 2024 ✓	Nº CDP:	3955 ✓	Nº. RP:	47604	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :CERO(0)
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024 ✓		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$6.229.440
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 13/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUARENTA PESOS M/CTE \$ 2.336.040					
<div>ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA C.C 52371681 Cel: 3002690847</div> <div>19 días</div>						



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
XX		XX	
Nº DE PÓLIZA:	DD/MM/AAAA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	XX
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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (13/11/2024) AL (30/11/2024)			
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: GUSTAVO ADOLFO MARIN VELASQUEZ PERFIL: REFERENTE DE CARTERA	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52371681	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA	CL 2 91-11 SUR CASA 177	6019424713	anytummy@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	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
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81771462	1	0
PERIODO PENSIONES					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
EPS005	Sanitas EPS	80025144D-6	162.500	0			0	0	0
								Total a Pagar	
								162.500	
								No. Afiliados	
								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
25-14	Colpensiones	90033604-7	208.000	0	0	0	0	0	0
								Total a Pagar	
								208.000	
								No. Afiliados	
								1	

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	31.700			31.700	0	0	317
								Total a Pagar	
								31.700	
								No. Afiliados	
								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
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	No. Afiliados
Salud	1	162.500	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700	31.700
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200	402.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-10					\$402.200	

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	CORREO
CC	52371681	ANYELA MARCELA TUMAY MENDOZA	CL 2 91-11 SUR CASA 177	anytuny@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.
				BOGOTÁ D.C.
				NO

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Enfermedad	N	CORRECCION										Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsistencia solidaridad	Cód. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBCF ARL	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBCF otros prestadores	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAF	Aporte MEN
								25-14	1.300.000	206.000	0	0	0	0	0	0	0																
1	CC	52371681	TUMAY MENDOZA ANYELA MARCELA	59	0	N																											