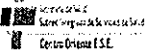
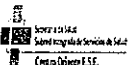
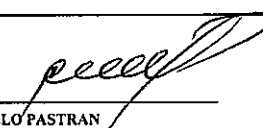
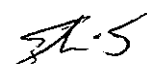
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YULLI MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.026.256.051
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4221 2025	FECHA INICIO CONTRATO 3/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	14,677,632	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO 3 MESES Y 29 DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	14,677,632	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.063,968
Nº DE INFORME:	4 (CUATRO)	Nº CRP: 7499 Nº CDP: 8
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES Y 29 DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO	0	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO		ADICIONES 0 PRORROGAS 0
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
III. POLIZAS		
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE PÓLIZA:	123	NOMBRE DE LA ASEGURADORA: ABC
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN: DD/MM/AAAA
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)	
1	Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demandó el servicio, guiado por la normatividad del sistema.	
2	Diligencio RIPS de cada paciente atendido	
3	Apoyo los planes de mejora que ayudan a prestar adecuados servicios de salud	
4	Reporto los eventos a notificar según lo establecido en la normatividad.	
5	Notifico y participo en las mejoras del servicio	
6	Cumpló con las normas utilizando elemento de protección personal según los protocolos institucionales	
7	realizo consulta de PyD (etiologías,crecimientos y desarrollo,planificación familiar, ingreso o controles prenatales)	
8	Fomento y ayudo en la realización de actividades que fortalezcan los CAPS	
9	Diligencio la historia clínica de acuerdo a guías y protocolos establecidos por la subred	
10	Cantidad de horas realizadas en el periodo : 206 horas	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	84993255	OPERADOR: MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/4/2025 \$ 183.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/4/2025 \$ 234.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/4/2025 \$ 35.800
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 454.200
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 ítem se calcula 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, pensión, 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) Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente		
Marcela Rodriguez. YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 3113878828 Elizabeth Ob		

		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 DATOS DEL CONTRATISTA		CÓDIGO: AP-1A-FT-011 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/4/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ		CC:	1026256051	
CORREO ELECTRÓNICO:	ymarcelarodriguez310888@gmail.com		RUT (NT):	1026256051	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 9B 6 - 9 SUR		TELÉFONO:	3113878828	
			CIUDAD:	BOGOTÁ	
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					
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:	COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570462870057199
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4221 2025	Nº CDP:	8	Nº. RP:	7499
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 3 MESES Y 29 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14,677,632
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 4.063.968 CUATRO MILLONES SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS				
<div>  </div> <div> YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ C.C 1.026.256.051 celi: 3114687633 </div>					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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		YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ	
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.026.256.051	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°.		PS 4221 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			3/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		14,677,632	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	14,677,632	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.063.968
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 (CUATRO)	N° CRP INICIAL:	7499
		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	8
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	84993255	OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIO	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICIÓN (0)
VALOR ADICIONADO			PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO			
VALOR ADICIONADO			
VALOR ADICIONADO			
VALOR ADICIONADO			
VALOR ADICIONADO			
VALOR ADICIONADO			
III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	X
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	X
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 cláusula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS.	
		 EDISON SANCHEZ QUINTERO ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PENSION										No.
Código AFP	Hombre	NIT	Cotización Obligación	Aporte Voluntario Aislado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar Afiliados
25-14	Colombianos	90036600-7	23,500	0	0	0	0	0	0	224,800

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº Afiliados

TOTALS POR SUBSISTEMA			
Tipos Administrativos	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LAM, RRI y More	Total a Pagar
Salud	1	163,500	163,500
Pensión	1	234,500	234,500
Rango de Labores	1	35,500	35,500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALS	3	454,200	454,200

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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (CALLEJONERO)	TPO PLANILLA	FECHA PAGO (DOMINICANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS UPE
					1 0
PERIODO FALLIDO	PERIODO PENSIÓNES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	64983265	\$46,200

[illegible]