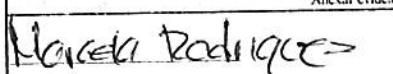
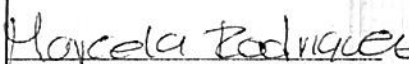
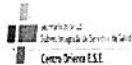


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YULLY 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		14.677.632		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		14.677.632		3 MESES Y 29 DIAS	
Nº DE INFORME:		1 (UNO)		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES Y 29 DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		Nº CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		PRORROGAS	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		0	
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		122		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD MM AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
DD MM AAAA				DD MM AAAA	
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)					
ITEM					
1 Desarrollar las actividades que se generan directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignados de acuerdo con la programación de actividades					
2 Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma					
3 Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato					
4 Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato					
5 No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho					
6 Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato 7) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (salud humana, moral y técnica)					
7 Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social					
8 Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad					
9 Cumplimiento de 186 horas					
V. INFORMACIÓN DE APOORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		82677310		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		20/1/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		20/1/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		20/1/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				VALOR PAGADO	
				\$ 403.600	
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 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, art. pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 período correspondiente					
					
YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 311.3878828					

		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-914 VERSIÓN: 5 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/1/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ		CC:	1026256051	
CORREO ELECTRÓNICO:	ymarcelarodriguez310888@gmail.com		RUT (NIT):	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 para:					
Regimen 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:	0570462570057199
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4221 2025	Nº CDP:	5	Nº. RP:	7499
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 3 MESES Y 29 DIAS
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 03/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	5	3.669.105			
TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS					
 YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ C.C 1.026.256.051 cel: 3114687633					

UG Elizabeth Olay



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

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 No.

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:

\$ 3,669,408

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1 (UNO)

Nº CRP INICIAL:

7499

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

8

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

\$2677310

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

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (0)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				
VALOR ADICIONADO				

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº 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 presento 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, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (03/01/2025) AL (31/01/2025)

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	107252031	VILLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ	CL 17 SUR 12F 24	1234567	YMARCELA191@HOTMAIL.CO	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - 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
					TOTAL A PAGAR	
					\$403.603	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NT	Colectación Obligación	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Valor Mora Colectación
EP9008	Compensar EPS	860069342.7	102.500	0	0	0	0	5	600
									Total a Pagar
									102.500
									No. Afiliados
									1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NT	Colectación Obligación	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Caprecom AFP		48003804.7	0	0	0	0	5	702	0	208.700	1

TOTALES RESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NT	Colectación Obligación	Incapacidades	Aportes OROS	Valor Neto Colectación	Días Mora	Valor Mora Colectación	Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURSA	880033303.5	31.700			31.700	5	100	31.200	317	31.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NT	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	5	0	0	0
0	5	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LILA, RPY y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pension	1	208.000	208.700
Resgoso Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	423.200	423.600

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

DATOS DE LA PLANTILLA						
PLANTILLA ASIGNADA	FECHA PAGO ASIGNADA (COMPLETAR)	TIPO PLANTILLA	FECHA PAGO (DUEÑOS/PAHO)	NÚMERO PLANTILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PERSONALES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	1	23/10/2025	53677310	\$403.693	

[illegible]

