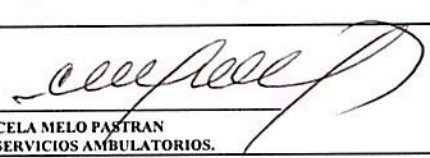
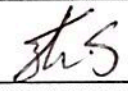
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:		2 (DOS)		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES Y 29 DIAS		\$ 3.669.408	
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		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO				0	
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
VALOR ADICIONADO					
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				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		Prestó mi servicio y ejecuto las actividades que demanda el servicio, guiada 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		Cumplí con las normas utilizando elemento de protección personal según los protocolos institucionales			
7		realizo consulta de PyD (citologías,crecimientos y desarrollo planificacion familiar, ingreso o controles prenatales)			
8		Fomento y apoyo en la realizacion de actividades que fortalezcan los CAPS			
9		Diligencio la historia clinica de acuerdo a guias y protocolos establecidos por la subred			
10		Cantidad de horas realizadas en el periodo : 186 horas			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		84165197 / 84245211		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		13/02/2025 / 18/02/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		13/02/2025 / 18/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		13/02/2025 / 18/02/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 450.100	
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 Ibe 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 cps, 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 R. YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 3113878828					

Eduardo Coy Jimenez

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</div> <div>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/2/2025)		
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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		
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
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 01/02/2025 AL 28/02/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$	3.669.408
TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS		
<div>Marcela R.</div> <div>YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ</div> <div>C.C 1.026.256.051</div> <div>cel: 3114687633</div>		

		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:		2 (DOS)		Nº CRP INICIAL:	
				7499	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		84165197 / 84245211		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):		ADICION (0)	PRORROGA (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 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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)					
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		

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	1026256051	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ	CL 17 SUR 12F 54	1234567	YMARCELITA21@HOTMAIL.COM				
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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAOS	IPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-01	2025-01	1	13/02/2025	84165197	\$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EPS008	Compensar EPS	8602669427	178.000	0			0	0	0
								Total a Pagar	No. Afiliados
								178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	0	227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código AFL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	860903790-5	34.700			34.700	0	0	34.700		347	34.700	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. Administradores Reportados	Valor antes de ICE, LMA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA A SOCIOADA	FECHA PAGO ASOCIADA (GAME/JUNIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
84165197	13/02/2025				EMPLAZOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO FUNDOS				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	N	18/02/2025	84245011	\$14.000

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	MT
EP5008	Compuar EPS	66006912-7
		5.500

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NT	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					
EPS008	Compuar EPS	860606942.7	5.520	0		0		0	5	100	0	5.600	1

TOTALES PENSIÓN			
Código APP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
25-14	Capitaciones		7'100

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Capeminas	REC-00000000-7	7'100	0	0	0	0	5	103	7'203	1

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código ARL	Nombre	MT	Cotización Obligatoria
14-11	ARL SUJA	89000000-5	1.100

TOTALES RECURSOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligación		Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mera Cotización	Subtotal Saldo a Favor	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA			1.100				1.100	5	100	1.200	1.200	11	1.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	INT	Valor Aporte	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	INT	Valor Aporte	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
SENA					
0	5	0	0	0	0
ICBF					
0	5	0	0	0	0
ESAP					
MON					

TOTALES PARAFISCALES					
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
					SENA
0	5	0	0	0	
					ICBF
0	5	0	0	0	
					ESAP
					MON

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IGP y MORA	Total a Pagar
Salud	1	5.500	5.600
Pension	1	7.100	7.200
Riesgos Laborales	1	1.100	1.200
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
IGDF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	13.700	14.000

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IGP y Maza	Total a Pagar
Salud	1	5.500	5.600
Pension	1	7.100	7.200
Riesgos Laborales	1	1.100	1.200
COF	0	0	0
ESAP	0	0	0
IGDF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	13.700	14.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	102526051	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ	CL 17 SUR 12F 54	1234567	YMARCELTA21@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 = Independiente			BOGOTÁ D.C	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLAMILLA					
PLAMILLA ADECUADA	FECHA PAGO ADECUADA (PARALELEGRAMO)	TIPO PLAMILLA	FECHA PAGO (PARALELEGRAMO)	NÚMERO PLAMILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO FOMENTO				EMPLAZADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	N	16/02/2025		\$14,000
					\$42,527.11

[illegible]

DAAGRA