

 <div>Ministerio 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 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: 2 FECHA: 2024-09-16</div>
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: \$ 2,840,832
Nº DE INFORME:	3 (TRES)	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
ADICIONES	0	PRORROGAS
0		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
VALOR ADICIONADO		
III. POLIZAS		
¿PACTÓ 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		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	Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demanda 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	Cumpro con las normas utilizando elemento de proteccion 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 clínica de acuerdo a guías y protocolos establecidos por la subred	
10	Cantidad de horas realizadas en el periodo : 144 horas	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	84184609 / 85042187	OPERADOR:
MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	13/03/2025 / 17/03/2025
\$		183.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/03/2025 / 17/03/2025
\$		235.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/03/2025 / 17/03/2025
\$		35.900
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 454.500
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 íbe 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 afiliacion a eps, arl, 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 periodo correspondiente		
Yully Rodriguez		
YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 3113878828		
Elizabeth Cay Jiménez		

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN DATOS DEL CONTRATISTA		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/3/2025)					
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:	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 TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/1/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 14,677,632			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.840.832 DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS				
Yully Rodriguez YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ C.C 1.026.256.051 cel: 3114687633					

<div><div><div><div></div><div>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><div><div>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></div><div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div></div></div>		<div><div>CÓDIGO: AP-1A-FT-078</div><div>VERSIÓN: 2</div><div>FECHA: 2024-09-16</div></div>	
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:	2.840.832
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 (TRES)	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:	84184609 / 85042187	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)
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 AL (31/03/2025) (01/03/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div><div><div></div><div>CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN</div><div>DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS.</div></div><div><div></div><div>EDISON SANCHEZ QUINTERO</div><div>ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS</div></div></div>	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligación	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor				
EPS008	Compass EPS	8600664-27	178.000	0		0		0	0	0	178.000	1

TOTALS PENSION										
Código AFP	Nombre	MIT	Calendario Obligatorio	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cobrada	Valor Mora FSP	Total a Pagar Afiliados
25-14	Camacho, Cecilia	MIT 05 300335904-7	227.800 AFIP	0	0	0	0	0	0	227.800

TOTALES RIESGOS LABORALES															No Afiliados	
Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidades:		Aportes Otros Seguros	Valor Neto Colización	Días Mora Colización	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No Afiliados	
				No. Autorización	Valor											
14-1	ARL SURA	80000730-5	34.700				20.34.700	0	0	20.34.700	0	0	347	20.34.700	347	

TOTALES CLAMS:							MAY 2012	
Código CCF:	Nombre	INT.	Valor Aporte	Des Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No Afiliados	

TOTALES PARAFASCLES:				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Nota Aporte	Total a Pagar	Mt. Atribuidos
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBFC				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Repetidas	Valor antes de IGE, LMA, IFE y MORA	Total a Pagar
Salud	1	176.000	176.000
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 ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (QUINESARIO)	TPO PLANILLA	FECHA PAGO (QUINESARIO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	IPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PEJIRMO SALUD	PEJIRMO PERSONES	1	13/02/2025	84184659	\$40,500	
2025-02	2025-02					









TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES PERSON												No.
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Costo Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	Afiliados
25-14	Cobapensiones	900039004-7	7.100	0	0	0	0	4	100	0	7.200	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IIP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	5,500	5,600
Pensión	1	7,100	7,200
Riesgos Laborales	1	1,100	1,200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	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	TELÉFONO	CORREO
CC	102366051	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ	CL 17 SUR 12F 54	1234567	YMARCELITA1@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
B416469	13/03/2025				EMPLAZOS 1 UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02	N	17/03/2025	85042187	\$14.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									
INFORMACIÓN HOVEDERES									
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Origen	Subtipo	Extempore	Columna de origen	Extempore	Columna de origen	Columna de origen	Columna de origen
1	CC	102366051	RODRIGUEZ SANCHEZ YULLY MARCELA	50	D	N			

PRIVADO