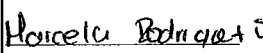


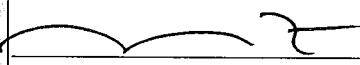
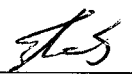
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:	\$ 22.016.448	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.123.152			
Nº DE INFORME:	5 (CINCO)	Nº CRP:	7499	Nº CDP: 8		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES Y 29 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	I	PRORROGAS	I
VALOR ADICIONADO	\$ 7.338.816	CDP DE LA ADICION	1276	CRP DE LA ADICION	15846	TIEMPO DE PRORROGADO 2 MESES
VALOR ADICIONADO						
VALOR ADICIONADO						
VALOR ADICIONADO						
VALOR ADICIONADO						
VALOR ADICIONADO						
III. POLIZAS						
¿PACTO 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 PERIODO, 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 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	Cumpló 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 exlnica de acuerdo a guías y protocolos establecidos por la subred					
10	Cantidad de horas realizadas en el periodo : 209 horas					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	85792920 / 86632852		OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		12/05/2025 - 16/05/2025		\$ 199.892	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		12/05/2025 - 16/05/2025		\$ 256.200	
RIESGOS LABORALES:	SURA		12/05/2025 - 16/05/2025		\$ 46.800	
OTRO						
TOTAL PAGADO				\$ 502.892		
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 ups, arl, pension, 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						
 YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 3113878828						



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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/5/2025)						
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:	BOGOTA	
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 párrafo 1 del artículo 1.2.4.1.7 de la Ley 1712 de 2014.						
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:	1276	Nº. RP:	15846	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 5 MESES Y 29 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/6/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 22,016,448
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 4.123.152					
CUATRO MILLONES CIENTO VEINTI TRES MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS MIL PESOS						
<div>Yully Marcela Rodríguez Sánchez</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. INFORMACIÓN 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:		\$ 22.016.448,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:																									
				\$ 4.123.152																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5 (CINCO)		Nº CRP INICIAL:																									
				7499																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85792920		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:		BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS e																											
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ 7.338.816		ADICION (1)																									
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICION 1276		PRORROGA (1)																									
VALOR ADICIONADO		CRP DE LA 15846		TIEMPO DE																									
VALOR ADICIONADO				2 MESES																									
VALOR ADICIONADO																													
VALOR ADICIONADO																													
VALOR ADICIONADO																													
VALOR ADICIONADO																													
VALOR ADICIONADO																													
III. POLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO																									
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:																									
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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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 01/05/2025) AL (31/05/2025)																													
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		<div>  BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS. e </div> <div>  EDISON SANCHEZ QUINTERO ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS </div>																											

Elisabeth Cely Jimenez

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.C OM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	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
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	1	12/05/2025	85792920	\$454.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Total a Pagar
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	880066942-7	183.500	0		0		0	183.500
									1

TOTALES PENSIÓN				
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900335004-7	234.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	No. Afiliados
14-11	ARL SUPRA	690903790-5	35.800	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Valor Mora UPC	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	183.500	183.500	183.500
Pensión	1	234.900	234.900	234.900
Riesgos Laborales	1	35.800	35.800	35.800
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	454.200	454.200	454.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UNC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	1	12/05/2025	65793920	\$454.200	

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

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 64	1234567	YMARCELITA21@HOTMAIL.COM				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / 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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2025-04					86632852	
2025-04					\$48.692	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	16.392	0	0	0	0	0	1

TOTALES PENSION

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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	21.300	0	0	0	0	0	0	0	16.392	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Aportes Sistemas	Sistemas						
14-11	ARL SURA	890903790-5	11.000					11.000	0	0	396	11.000	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
Salud	1	16.392	16.392
Pensión	1	21.300	21.300
Riesgos Laborales	1	11.000	11.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	48.692	48.692

