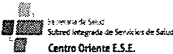
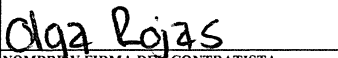
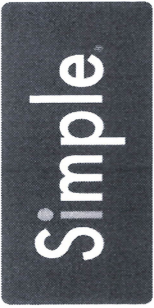


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
OLGA MARIA ROJAS MORENO				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			24.212.604	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1046 2025	FECHA INICIO CONTRATO	1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	7.686.264	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUATRO (4) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	11.529.396	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.890.573
Nº DE INFORME:	Nº5	Nº CRP:	4439	Nº CDP: 1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4LA CENTRO DE SALUD LACHES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1
VALOR ADICIONADO	\$ 3.843.132	CDP DE LA ADICIÓN:	1276	CRP DE LA ADICIÓN: 14911
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:			
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	Cumplir con las actividades para el desarrollo conforme al estandar institucional			
2	Preste los servicios de odontología, presentando la información y soportes que soliciten , que correspondan al objetivo de actividades contractuales			
3	preste actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales			
4	Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio			
5	Cumplir con las normas de bioseguridad			
6	Cumplir con normas, protocolos e instructivos			
7	Se realizan 183 horas en el mes de Mayo 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	1070801087	OPERADOR:	Simple	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	EPS Sanitas	3/05/2025	\$ 178.000	
PENSIÓN:	Colpensiones	3/05/2025	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolívar S.A.	3/05/2025	\$ 34.700	
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	
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 ibc 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 afiliación a eps, 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				
<div>Olga Rojas</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC: 24212604 CEL: 3105671554</div> <div>Donato C. J. J.</div>				

		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		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA MARIA ROJAS MORENO		CC:	24212604	
CORREO ELECTRÓNICO:	olgamaria.rojasmoreno@gmail.com		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80C 13A 32		TELÉFONO:	3105671554	
			CIUDAD:	BOGOTÁ D.C	
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					
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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	003970060293
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1046 2025	Nº CDP:	1276	Nº. RP:	14911
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :
					SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:
					\$ 11.529.396
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$	1.890.573			
UN MILLÓN OCHOCIENTOS NOVENTA MIL QUINIENTOS SETENTA Y TRES PESOS MCTE					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C 24212604 cel: 3105671554					

Daveh C. [Signature]

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL



Fecha creación reporte2025-05-03, 03:16:30 AMTipo Planilla1070801087Número Planilla1070801087Referencia pago(PIN) 8822827438

Periodo Cotización202504Periodo Servicio202504

Ciente:

PAGADA 2025-05-03 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA MARIA ROJAS MORENO				
Documento	CC 24212604		Dirección	CRA 80C # 13 A 32	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	3105671554	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 24212604	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	5900				ROJAS MORENO OLGA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales							
	Salario																							
	Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgo	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENIA	Aporte SENIA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
ING	25-14		16 %	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0		12,5 %	\$ 1.423.500	\$ 178.000	\$ 0	14-7	3	2,458 %	\$ 1.423.500	\$ 34.700	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0
RET																								
TDE																								
TAE																								
TAP																								
VAP																								
COR																								
SIN																								
IE																								
LMA																								
VAC																								
VCT																								
IHP																								
Dias AFP																								
Dias EPS																								
Dias CCF																								
Extranjero																								

