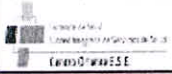
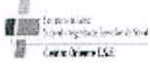
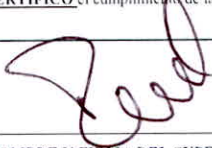


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,026,254.763		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1173 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
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)					
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		Se presto sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estandar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E.			
2		Se diligencio el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente, Se apoyo las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud			
3		Se cumplio con las normas de bioseguridad y se desarrollo las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) incluidas los procesos de gestión y operación de: SIVIGILA y EEVV y se cumplio con las normas de bioseguridad incluidos los reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, se notifico los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.			
4		Se elaboro historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred, junto con las actividades de fortalecimiento y acreditación conforme a los parametros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E; Se realizo de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el Fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atención, en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá., como apoyo del convenio interadministrativo No 692 de 2019.Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.			
5		192 HORAS por Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1173 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		85415354		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		10/4/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		10/4/2025	
RIESGOS LABORALES:		ARL		RIESGO V	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 796,200	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2- Que realice 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 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					
					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ CC: 1.026.254.763 CEL: 3165454470					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/4/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ			CC:	1026254763
CORREO ELECTRÓNICO:	alejaec1026@gmail.com			RUT (NIT):	1026254763-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 5 No 68E-36 APTO: 101			TELÉFONO:	3165454470
				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					
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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					0550488412990514
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1173 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4512
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$27.931.392
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 6,982,848 SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE				
 ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ C.C. 1.026.254.763 DE BOGOTÁ cel: 3165454470					

		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			ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,026,254,763		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1173 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 27,931,392		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 6,982,848	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL:	4512
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85415354		OPERADOR:	MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCELDISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA.			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICIÓN (0) PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NO APLICA
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	NO APLICA
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/4/2025) al (30/4/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026254763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA SÁNCHEZ		Calle 5 No 68F - 36 APTO. 101	3165454470	alejaes1026@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85415354	TOTAL A PAGAR
					\$796,200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	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	Compensar EPS	860065942-7	349,200	0		0		0	0	0	0	349,200	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	447,000	0	0	0	0	0	0		447,000	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	349,200	349,200
Pensión	1	447,000	447,000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	796,200	796,200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026254763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ		Calle 5 No 68F - 36 APTO. 101	3165454470	alejaes1026@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85415354	\$796.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Matrícula	Extranjería	Expediente	Extrajero	NO	REI	IDE	TAZ	TOP	TRP	VAP	VIA	VEN	IDE	LMA	VAC	AVP	VET	IBL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1026254763	ECHEVERRIA SANCHEZ ELIANE ALEJANDRA	3	0			N																25-14	2.793.200	447.000	0	0	0	0	0	EPS008	2.793.200	349.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA