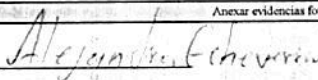
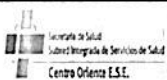
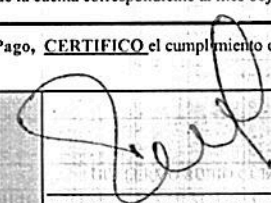
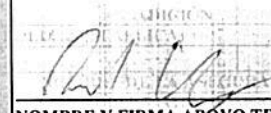
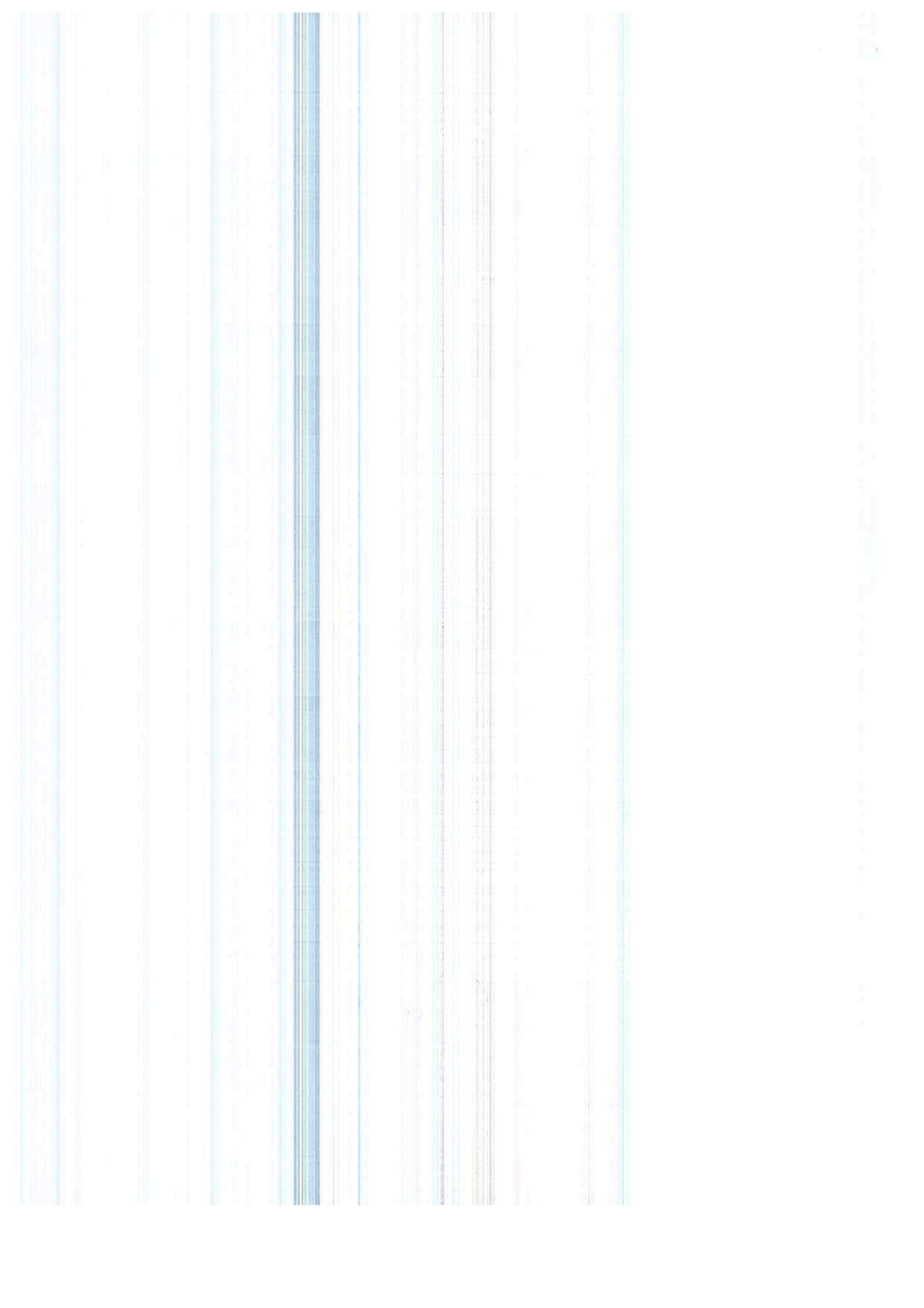
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA 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 PERIODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTRITAL.			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GULLERMO RUBIO GUZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA		NA		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		1			
2		3			
4		5			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		83031770 - 83489526		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		16/1/2025 - 31/01/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		16/1/2025 - 31/01/2025	
RIESGOS LABORALES:		ARL		RIESGO V	
OTRO		TOTAL PAGADO		\$ 789,500	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ITC se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el ITC sea menor a 1 SMM.LV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunte 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 ECHEVERRÍA SANCHEZ CC: 1.026.254.763 CEL: 3165454470					

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E 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: 31/1/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ		CC: 1026254763 RUT (NIT): 1026254763-7
CORREO ELECTRÓNICO:	alejaes1026@gmail.com		TELÉFONO: 3165454470
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 5 No 68F-36 APTO: 101		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: 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 01/01/2025 AL 31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 6,982,848 SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS MCTE		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA 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	
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 PRESTACIÓN 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:	1	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:		83031770 - 83489526	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCELDISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GULLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSTARIO SANTA CLARA.			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACION:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (0)	PRORROGA (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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/1/2025) al (31/1/2025)					
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:			



DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	15-01-2025	83031770	\$799,520

TOTALES SALUD

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	346.300	1

1003

Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0		443.200	1

Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
--------------	--------------------------	------------------------	-------------------------------	------------------------	----------------------	---------------	---------------

© 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 105–114

Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
-----------	-------------------	---------------	---------------

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IJP y Mora
SEHA	1	345,300
Pensión	1	443,200
Riesgos Laborales	0	0
CCF	0	0
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	2	788,500

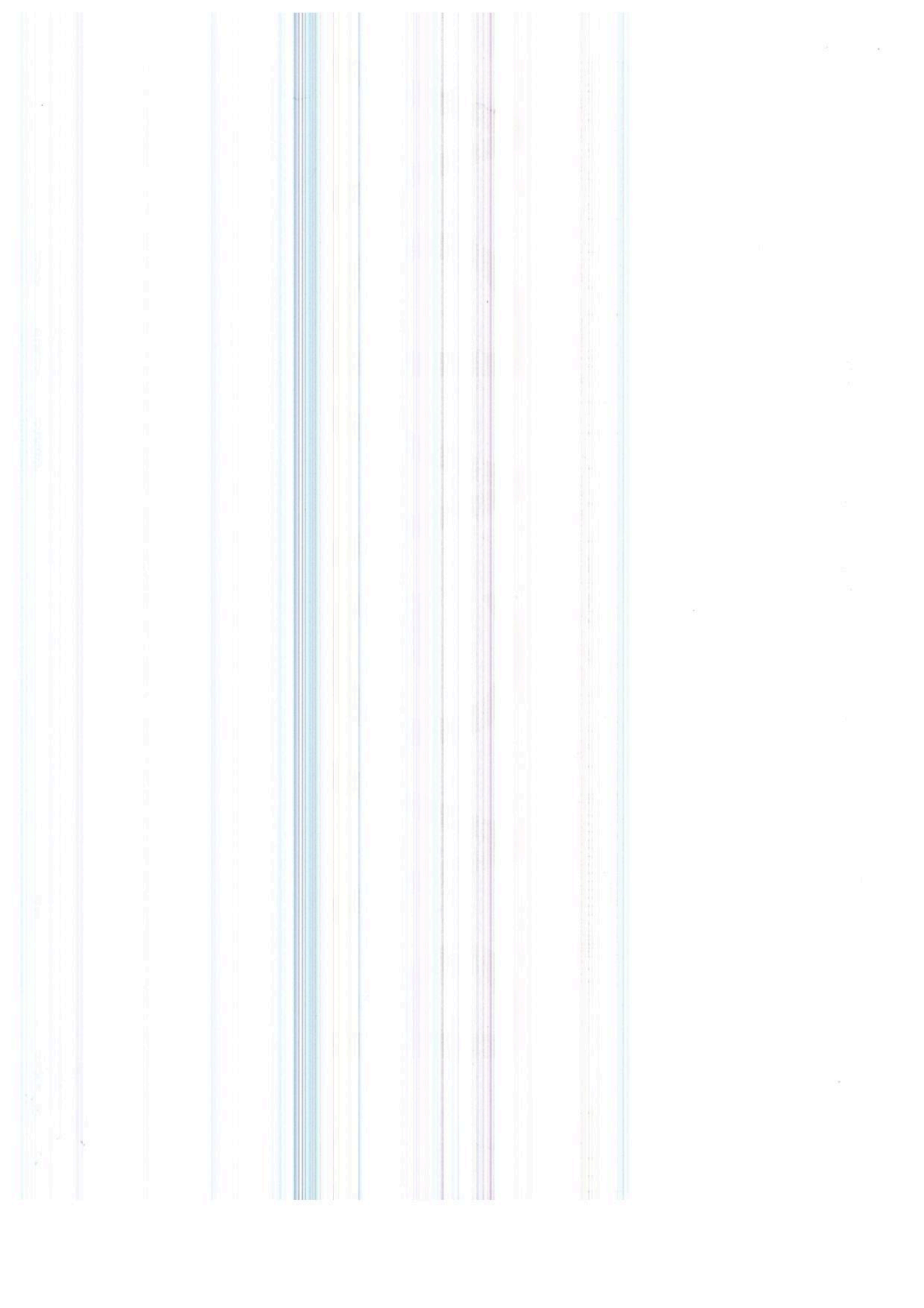
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Situid	1	346,300	346,300
Pensión	1	443,200	443,200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	789,500	789,500

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1026254763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA SANCHEZ	Calle 5 No 49F - 35 APT. 101	3165444470	alejanes1026@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO					
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.					

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD				PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR	
2024-12				2024-12	83031770	\$789,500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	CORRECCION												Cód. AFP	IBC AFP	Creación	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo previsual de vejez	Fondo previsual de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Creación / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Coligación	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MUN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
1	CC	102624763	ECHVERRÍA SANCHEZ ELIANE ALEJANDRA	3	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023254763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA SANCHEZ	Calle 5 No 69F - 36 - APTD. 101	3165454470	alejanes1025@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
83031770	16/01/2025				EMPLAZADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	N	21/01/2025	83485526	\$6.900	

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	860066042-7	2.900	0	0	0	5	100	3.000
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Cobepensiones	900336004-7	3.800	0	0	0	0	5	3.900

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora Cotización	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Mora	Cotización	

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	5	0	0	0
0	5	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	2.900	2.900	3.000
Pensión	1	3.800	3.900	3.900
Riesgos Laborales	0	0	0	0
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	2	6.700	6.700	6.900

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
CC	102624763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA SANCHEZ	Calle 5 No 68F - 36 APTO: 101	3165454470	alejanes1026@gmail.com	83031770	16/01/2025		21/01/2025	83489526	EMPLEADOS 1 UPC 0
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR			
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-12	2024-12	\$6.900			

DETALLE POR COTIZANTE			DETALLE POR COTIZANTE																														PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN										SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
				Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	Resolución	C-AL AFP	IBC AFP	Cotización o Aporte	Voluntario o Aporte	Fondo pensional de subsidios	Fondo pensional de subsidios	C-AL EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	C-AL ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC CCF	Aporte EPS	Aporte EPS																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
1	CC	102624763	ECHEVERRÍA SANCHEZ ELIANE ALEJANDRA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

PAGADA