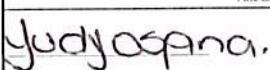


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN				VERSIÓN: 2	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YUDY OSPINA TORRES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.624.054		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO(A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1565 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				22/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	S	8.243.840	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTE DE MARZO DEL DOS MIL VEINTICUATRO 2024	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	S	45.224.608	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 4.142.880	
Nº DE INFORME:	11		Nº CRP:	14382	Nº CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		ONCE MESES (11) Y ONCE (11) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			ACTO CARCEL DISTRICTAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			GUILLERMO RODRÍGUEZ DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (P)		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	7	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	S	4.121.920	CDP DE LA ADICIÓN:	934	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	3.859.616	CDP DE LA ADICIÓN:	1261	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	5.995.520	CDP DE LA ADICIÓN:	1618	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	4.627.792	CDP DE LA ADICIÓN:	2199	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	11.016.768	CDP DE LA ADICIÓN:	2696	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	583.296	CDP DE LA ADICIÓN:	2784	CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	S	6.775.856	CDP DE LA ADICIÓN:	3753	CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:	NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO APLICA
FECHA DE LA POLIZA	NO APLICA		FECHA DE APROBACIÓN:		NO APLICA
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	Seguimiento y administración de medicamentos controlados a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital				
2	Curaciones, inyección, toma de tensión arterial y triaje a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital				
3	Actualización de bases de datos de crónicos, enfermedades transmisibles (VIII - SIFILIS) y reporte SIVIGILA				
4	Seguimiento y administración de medicamentos insulina a personas privadas de la libertad de la Cárcel Distrital				
5	Seguimiento a formatos de limpieza y desinfección de instrumental utilizado				
6	Reporte de Eventos de notificación obligatoria (SIVIGILA)				
7	Actualización de bases de datos de crónicos, enfermedades transmisibles (VIII - SIFILIS)				
8	RIPS correspondientes a la consulta de P y D				
9	Capacitaciones y reuniones requeridas				
10	Reporte de Eventos de notificación obligatoria (SIVIGILA)				
11	Formatos correspondientes				
12	Por concepto de: 210 HORAS Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1565 de 2024				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	81718761		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		13/11/2024	S 297.200	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		13/11/2024	S 265.200	
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		RIESGO 5	S -	
OTRO	NO APLICA		NO APLICA	NO APLICA	
TOTAL PAGADO			S 472.400		
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 abe se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IRC sea menor a 1 S.M.B.V. y de ser el primer pago adjunto certificación de afiliación a cargo del pensionado.					
3.- Que adjunte evidencia del cargo en el aplicativo de pago 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 parte de las obligaciones del contrato)					
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YUDY OSPINA TORRES CC: 52624054 CFI: 3002902042					

 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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSION: 6	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDY OSPINA TORRES	CC:	52624054
CORREO ELECTRÓNICO:	yusoto@hotmail.com	RUT (NIT):	NO APLICA
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 73 # 101-29	TELÉFONO:	3002902042
		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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	008400749134
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 1565 2024	Nº CDP:	3755
		Nº, RP:	46892
FECHA DE INICIO CONTRATO	22/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: ONCE MESES (11) Y ONCE (11) DIAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 4.142.880 CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE		
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA YUDY OSPINA TORRES C.C 52624054 cel: 3002902042			

<div><div><div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div><div><div><div></div><div></div><div></div></div><div><div></div><div></div><div></div></div></div></div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div><div>CÓDIGO: AP-IA-IT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16</div></div></div>					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YUDY OSPINA TORRES		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52,624,054		
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 1565 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				22/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 8,243,840			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 45,224,608		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 4,142,880	
N° PAGO / N° DE INFORME:		11		N° CRP INICIAL:	
				14382	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		ONCE MESES (11) Y ONCE (11) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		81718761		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6 CD CARCEL DISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS(E)			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		N° (7)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):	
				ADICION (7)	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,121,920		CDP DE LA ADICIÓN:	
				934	
VALOR ADICIONADO		\$ 3,859,616		RP DE LA ADICIÓN:	
				21006	
VALOR ADICIONADO		\$ 5,995,520		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1261	
VALOR ADICIONADO		\$ 4,627,792		RP DE LA ADICIÓN:	
				23890	
VALOR ADICIONADO		\$ 11,016,768		CDP DE LA ADICIÓN:	
				1618	
VALOR ADICIONADO		\$ 583,296		RP DE LA ADICIÓN:	
				29170	
VALOR ADICIONADO		\$ 6,775,856		CDP DE LA ADICIÓN:	
				33016	
				2606	
				36547	
				2784	
				39915	
				3755	
				46892	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				NO APLICA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
				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 (01/11/2024) AL (30/11/2024)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		Guillermo Rubio Guiza Médico Cirujano General RM 14244000 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)			
		Daniel Felipe Urrego Garcia 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	52624654	YUDY OSPINA TORRES		Calle 73 n° 101-29 Apto 401	3677971	YUCOSTO@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPL/PAIDOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	13/11/2024	81718761	\$472.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Compensar EPS	850066942-7
		2017.200

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860056942-7	207.200	0		0		0	0	0	0	207.200	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	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

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

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	207,200	207,200
Pensión	1	265,200	265,200
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	472,400	472,400

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	52624054	YUDY OSPINA TORRES	Calle 73 # 101-29 Apdo 401
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	1 - Independiente		
		Ciudad / Municipio	DEPARTAMENTO
		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.
		CORREO	
		YUOSTO@HOTMAIL.COM	
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		SI	

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		
2024-10	2024-10	1	13/11/2024
NÚMERO PLANILLA			81718761
CANTIDAD EMPLEADOS			1
TOTAL A PAGAR			\$472.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cobertura	Salud	Extensión	Cobertura	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Exoneración	Cód. AFP	IBCF AFP	Cotización	Voluntario Aftado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBCF EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBCF ARL	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52624054	OSPINA TORRES YUDY	Z										25-14	1.657.152	245.200	0	0	0	0	EP5008	1.657.152	207.200				0	0	0	0	0	0	0