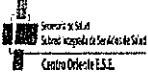


ok

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		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 YULLY 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 N°:		PS 5601 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.871.053		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DICIECIOCHO (18) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5.871.053		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 2.505.456	
N° DE INFORME:		N° 1		N° CRP: 47603 N° CDP: 3770	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DICIECIOCHO (18) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		5DT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILLERMO RUBIO GUIZA - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E).			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACION ADICIONES 0 PRORROGAS 0	
VALOR ADICIONADO					
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN: DD/MM/AAAA	
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		Desarrollar las actividades que se generen directa o indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignados de acuerdo con la programación de actividades.			
2		Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma.			
3		Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.			
4		Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.			
5		No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.			
6		Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato. 7) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).			
7		Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social			
8		Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad			
9		Cumplimiento de 192 horas			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		CERTIFICACION		OPERADOR: MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO VALOR PAGADO	
SALUD:		COMPENSAR			
PENSIÓN:		COLPENSIONES			
RIESGOS LABORALES:		SURA			
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 0	
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					
Yully Marcela Rodriguez S. NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ CC: 1.026.256.051 CEL: 3113878828					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/11/2024)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ		CC:	1026256051	
CORREO ELECTRÓNICO:	ymarcelarodriguez310888@gmail.com		TÉLEFONO:	3113878828	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 9B 6 - 9 SUR		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 parágrafo					
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0570462870057199
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 5601 2024	Nº CDP:	3770	Nº RP:	47603
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 MES Y 18 DIAS					
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 5.871,053
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 13/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.505.456 DOS MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS MCTE				
Yully Marcela Rodriguez YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ C.C 1.026.256.051 cel: 3114687633					



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. 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 5601 2024

FECHA INICIO CONTRATO

13/11/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5.871.053

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

5.871.053

VALOR DE HONORARIOS
PERIODO A CERTIFICAR:

\$

2.505.456

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1/1

Nº CRP
INICIAL:

47603

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3770

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

1 MES Y 18 DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

CERTIFICACION

OPERADOR:

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

AMBULATORIO

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SDT CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

GUILLERMO RUBIO GUIZA- DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS (E)

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

Nº (0)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):

ADICION (0)

PRORROGA (0)

VALOR ADICIONADO

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE PÓLIZA:

XX

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

X

FECHA DE LA PÓLIZA

DD/MM/AAAA

ACTO ADMINISTRATIVO DE:

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.

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 DE SERVICIOS AMBULATORIOS (E).

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

EDISON SANCHEZ QUINTERO

PERFIL:

ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1026256051, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parentesco	Estado	Plan	Vigencia
DERECK THOMAS GONZALEZ RODRIGUEZ	RC - 1016756305	HI	Vigente a la fecha	PC ESPECIAL CON POS	Desde 20241001 Hasta 20250930

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 24 días del mes de octubre de 2024.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

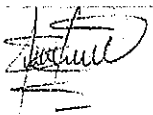
CER-PAS 13285030

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1026256051**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de octubre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

SURA

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

SURA

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

TIPO DE DOCUMENTO

1026256051

Numero de Documento

Yully

Primer Nombre

Marcela

Segundo Nombre

Rodriguez

Primer Apellido

Sanchez

Segundo Apellido

21/06/1987

Fecha de Nacimiento

Bogota

Ciudad de Residencia

Bogota

Dirección de Residencia

Compensar

EPS - Salud

Colpensiones

AFP - Pensiones

3.600.000

Honorarios

Enfermera

Perfil/ Profesión

ymarcelarodriguez310888@g

Correo Electrónico

3212918737

Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo
arcontratacionops@subredcentrooriente.gov.co

SCOTIABANK COLPATRIA S.A
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4772076258 , con fecha de apertura 31 de Marzo de 2016 , presenta un saldo a la fecha de \$ 187,2 de la cual es titular:

El (la) señor(a): YULLY MARCELA RODRIGUEZ SANCHEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.026.256.051

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 24 días del mes de Octubre de 2024 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.
www.scotiabankcolpatria.com

 Scotiabank.  COLPATRIA