Secretaría Distrital de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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** **VERSIÓN: 2** **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 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	**$** 8.243.840	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTE DE MARZO DEL DOS MIL VEINTICUATRO 20/03/2024		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 45.934.816		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 4.142.880**
N° DE INFORME:	12	**N° CRP:**	14382	**N° CDP:**	140
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	ONCE MESES (11) Y NUEVE (9) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6CD CARCEL DISTRITAL				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	GUILLERMO RUBIO GUIZA LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	7	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	7	**PRORROGAS**	6	
VALOR ADICIONADO	**$** 4.121.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**CRP DE LA ADICIÓN:**	21006	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 3.859.616	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**CRP DE LA ADICIÓN:**	23890	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 5.995.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**CRP DE LA ADICIÓN:**	29170	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** 4.627.792	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**CRP DE LA ADICIÓN:**	33016	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	**$** 11.016.768	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2686	**CRP DE LA ADICIÓN:**	36547	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) MESES
VALOR ADICIONADO	**$** 583.296	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**CRP DE LA ADICIÓN:**	39915	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO	**$** 6.775.856	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**CRP DE LA ADICIÓN:**	40892	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) MESES
VALOR ADICIONADO	**$** 710.208	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

III. POLIZAS

¿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		**FECHA DE APROBACIÓN:**		NO APLICA

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 especificas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Seguimiento y administracion de medicamentos controlados a personas privadas de la libertad de la Carcel Distrital
2	Curaciones, invectologia, toma de tension arterial y triage a personas privadas de la libertad de la Carcel Distrital
3	Actualizacion de bases de datos de cronicos, enfermedades transmisibles (VIH - SIFILIS) y reporte SIVIGILA
4	Seguimiento y administracion de medicamentos insulina a personas privadas de la libertad de la Carcel Distrital
5	Seguimiento a formatos de limpieza y desinfeccion de instrumental utilizado
6	Reporte de Eventos de notificacion obligatoria (SIVIGILA)
7	Actualizacion de bases de datos de cronicos, enfermedades transmisibles (VIH - SIFILIS)
8	RIPS correspondientes a la consulta de P y D
9	Capacitaciones y reuniones requeridas
10	Reporte de Eventos de notificacion 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:	81959981	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	9-12-24	207.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9-12-24	265.200
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	RIESGO 5	$ -
OTRO	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
	TOTAL PAGADO		$ -

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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)

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

Yudy Ospina

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YUDY OSPINA TORRES
CC:52624054

Centro Oriente E.S.E.	**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 GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)

NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDY OSPINA TORRES	**CC:**	52624054
		RUT (NIT):	NO APLICA
CORREO ELECTRÓNICO:	yuosto@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3002902042
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 73 # 101-29	**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

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 Tributacion	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**008400749134**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 1565 2024**	**N° CDP:**		**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: ONCE MESES (11) Y NUEVE (9) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**22/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/12/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 545.934.816**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**4.142.880**
	CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE					

Yudy Ospina

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA **YUDY OSPINA TORRES**
C.C 52624054
cel: 3002902042

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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** **VERSION: 2**

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:	$ 45.934.816		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 4.142.880
N° PAGO / N° DE INFORME:	12	**N° CRP INICIAL.:**	14382	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	140
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE MESES (11) Y NUEVE (9) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81959981		**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 LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (7)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (7)	PRORROGA (6)
VALOR ADICIONADO	$ 4.121.920	**CDP DE LA ADICIÓN:**	934	**RP DE LA ADICIÓN:**	21006	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 3.859.616	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1261	**RP DE LA ADICIÓN:**	23890	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.995.520	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1618	**RP DE LA ADICIÓN:**	29170	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.627.792	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2199	**RP DE LA ADICIÓN:**	33016	**TIEMPO PRORROGADO:**	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO	$ 11.016.768	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2606	**RP DE LA ADICIÓN:**	36547	**TIEMPO PRORROGADO:**	(3) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 583.296	**CDP DE LA ADICIÓN:**	2784	**RP DE LA ADICIÓN:**	39915	**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A
VALOR ADICIONADO	$ 6.775.856	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3755	**CRP DE LA ADICIÓN:**	46892	**TIEMPO PRORROGADO:**	(2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 710.208	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	N/A

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 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

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizo que los impuestos que debe cancelar para la legalizacion del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaracion del informe de ejecucion de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presento 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 articulo 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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)

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:**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52624054	YUDY OSPINA TORRES		Calle 73 # 101 29 Apto 401	3877971	YUOSTO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81959981	$472.400	

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	860066942-7	207.200	0		0		0	0	0	0	207.200	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	265.200	0	0	0	0	0	0		265.200	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	Total a Pagar	No. Afiliados

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	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

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52624054	YUDY OSPINA TORRES		Calle 73 # 101 29 Apto 401	3877971	YUOSTO@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	81959981	$472.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	52624054	OSPINA TORRES YUDY	3	0			N																	25-14	1.657.152	265.200	0	0	0	0	EPS008	1.657.152	207.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información