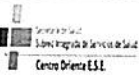


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.006.078		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1934 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.534.640		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 30.994.068		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		12		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		11 MESES Y 10 DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS		Nº CDP:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATHALY DUQUE SALAZAR - ENFERMERO CODIGO		243 GRADO 20	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		8		6	
TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES		PROROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.128.463		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.745.957		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.524.652		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.518.532		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 8.780.712		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 469.680		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.955.832		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.335.600		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		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 actividades específicas realizadas durante el mes)		TEMPO PROROGADO:	
ITEM		1		(1) UN MES	
2		3		(1) UN MES	
4		5		(1) UN MES Y (10) DIEZ DIAS	
6		7		(1) UN MES	
8		9		(3) TRES MESES	
10		11		(2) DOS MESES	
12		13		TEMPO PROROGADO:	
14		15		TEMPO PROROGADO:	
16		17		TEMPO PROROGADO:	
18		19		TEMPO PROROGADO:	
20		21		TEMPO PROROGADO:	
22		23		TEMPO PROROGADO:	
24		25		TEMPO PROROGADO:	

25	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	82117621	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	9/12/2024	\$	162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	9/12/2024	\$	208.000
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/12/2024	\$	31.700
OTRO	CCF	9/12/2024	\$	-
TOTAL PAGADO				\$ 402.200
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 SMMMLV (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				
 ADRIANA MARÍA PINEDA TIRADO C.C: 53006078 CEL: 3102417348				

		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-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-07-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 53.006.078					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1934 2024		FECHA INICIO CONTRATO	27/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30.994.068		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.938.320	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	12	Nº CRP INICIAL:	13898	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	280
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	11 MESES Y 10 DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	82117621	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	ENFERMERIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	NATALY DUQUE SALAZAR				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº 8	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION 8	PRÓRROGA 6
VALOR ADICIONADO	\$ 3.128.463	CDP DE LA ADICIÓN:	945	RP DE LA ADICIÓN:	21716
VALOR ADICIONADO	\$ 2.745.957	CDP DE LA ADICIÓN:	1269	RP DE LA ADICIÓN:	24339
VALOR ADICIONADO	\$ 3.524.652	CDP DE LA ADICIÓN:	1614	RP DE LA ADICIÓN:	27958
VALOR ADICIONADO	\$ 3.518.532	CDP DE LA ADICIÓN:	2202	RP DE LA ADICIÓN:	33103
VALOR ADICIONADO	\$ 8.780.712	CDP DE LA ADICIÓN:	2614	RP DE LA ADICIÓN:	37466
VALOR ADICIONADO	\$ 469.680	CDP DE LA ADICIÓN:	2786	RP DE LA ADICIÓN:	39658
VALOR ADICIONADO	\$ 2.955.832	CDP DE LA ADICIÓN:	3756	RP DE LA ADICIÓN:	46011
VALOR ADICIONADO	\$ 1.335.600	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX	
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX	
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 cláusula "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:		 NATHALY DUQUE SALAZAR Enfermero Código 243 Grado 20 - Referente Enfermeria			
		 WENY CORDOBA MOLANO Enlace Operativo - Direccion Hospitalarios - Enfermeria			

	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 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/12/2024)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO			CC:	53006078	
CORREO ELECTRÓNICO:	PITIVALE.2017@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 118 A 17 F 07			TELÉFONO:	3224144344	
				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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.						
Régimen 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:	Banco caja social			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24084180746
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 1934 2024	Nº. CDP:		Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 11 MESES Y 10 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 30994068	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S					2.938.320
	DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE					
						
ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO 53006078 3224144344						

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	530606078	ADRIANA MARIA PINEDA TIRADO		Cra12a # 43a-81 4º	36727373	pineda.2017@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCORSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALDO	PERIODO PERSONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024 ✓	82117621 ✓	\$402,200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EP5008	Compensar EPS	860066942-7
		162.500

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	162.500	1

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

TOTALES RIESGOS LABORALES																
Código ARL	Nombre	NT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor											
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31,700				31,700	0	0	31,700			317		31,700	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, RFP y Hora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
OTROS	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EUROS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	09/12/2024	62117621	\$402.200	

[illegible]

PAVAD

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