

**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: 2  
 FECHA: 2024-09-16

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**

**YURY LIZETH ROJAS DUARTE**

<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>		1.069.761.195			
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 5615 2024		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
				20/11/2024	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$	1.066.162	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	TRECE (13) DIAS	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	6.725.022	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.460.374	
<b>Nº DE INFORME:</b>	4		<b>Nº CRP:</b>	48546	<b>Nº CDP:</b> 3662
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 738.112	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	4053	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	49758	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> NUEVE(9) DIAS
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 2.460.374	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	4120	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	50856	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> UN (1) MES
<b>VALOR ADICIONADO</b>	\$ 2.460.374	<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	46	<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>		<b>TIEMPO PRORROGADO:</b> UN (1) MES

**III. POLIZAS**

<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>		

**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	DESCRIPCIÓN
1	AYUDAR CON LAS NECESIDADES BASICAS DEL PACIENTE .CON EL TRASLADO Y MOVILIDAD DENTRO DE LA CASA
2	REALIZAR TOMA DE SIGNOS VITALES AL INICIO Y FINALIZAR EL RELEVO
3	SOLO SE DEBE CUIDAR ALA PERSONA SUJETO DEL CUIDADO
4	IDENTIFICAR SOCIALIZAR Y MANTENER LOS LIMITES LAS FUNCIONES DE LA ASISTENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA
5	INFORMAR OPORTUNAMENTE ANTE SITUACIONES QUE PONGAN EN RIESGO LA INTEGRIDAD DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA
6	NUNCA TOMAR DECISIONES IMPORTANTES EN NOMBRE DE LA PERSONA

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	1068711406	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	FAMISANAR	11/01/2025	\$ 162.500
<b>PENSIÓN:</b>	PORVENIR	11/01/2025	\$ 208.000
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	SURA	11/01/2025	\$ 31.700
<b>OTRO</b>			
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 402.200

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

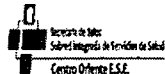
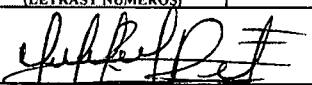
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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 período correspondiente

**YURY LIZETH ROJAS DUARTE**  
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**  
 CC: 1.069.761.195  
 CEL: 3223492818

		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b> <b>Y DE APOYO A LA GESTION</b>			<b>CÓDIGO: AP-1A-FT-014</b> <b>VERSIÓN: 6</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>YURY LIZETH ROJAS DUARTE</b>			<b>CC:</b>	1.069.761.195	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	lizrojas1417@gmail.com			<b>RUT (NIT):</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	Carrera 14 b#1 -60 sur interior 18 casa			<b>TELÉFONO:</b>	3223492818	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ	
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
NO tomaré costos y deducciones				( X )		
SI tomaré costos y deducciones				( )		
<p>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.</p>						
<b>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> 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 )	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>BANCO CAJA SOCIAL</b>		<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>N° CUENTA:</b>	24067361090
<small>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</small>						
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5615 2024	<b>N° CDP:</b>	46	<b>N°CRP:</b>		<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b>
						DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	20/11/2024	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>		9/02/2025	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b>	
					S 6.725.022	
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/01/2025 AL 31/01/2025					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	S 2.460.374					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE					
						
<b>NOMBRE:</b>	YURY LIZETH ROJAS DUARTE					
<b>CC</b>	1.069.761.195					
<b>CEL</b>	3223492818					



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**  
**APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**  
**FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y**  
**APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO:** AP-1A-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**

**YURY LIZETH ROJAS DUARTE**

**NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

**1.069.761.195**

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

**OBJETO DEL CONTRATO:**

PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES**  
No.

**PS 5615 2024**

**FECHA INICIO CONTRATO**

**20/11/2024**

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**

\$

**1.066.162**

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:**

\$

**6.725.022**

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**

\$

**2.460.374**

**Nº PAGO / Nº DE INFORME:**

**4**

**Nº CRP INICIAL:**

**48546**

**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**

**3662**

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS**

**DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS**

**Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:**

**1068711406**

**OPERADOR:**

**SIMPLE**

**PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:**

**CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD**

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:**

**SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO**

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:**

**LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49758	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50856	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

<b>¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>X</b>
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>	<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>		
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>	<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE</b>		

**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 **01/01/2025 AL 31/01/2025**

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**  
**LORENZA BECERRA CAMARGO**  
**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**  
**LILIANA TELLEZ VALBUENA**  
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**







Vertical text or stamp on the left side of the page.

Main vertical text or stamp running down the left side of the page.

Large block of vertical text or a stamp in the middle of the page.

Vertical text or stamp on the right side of the page.

Vertical text or stamp on the right side of the page.

Vertical text or stamp on the right side of the page.

Vertical text or stamp on the right side of the page.

Vertical text or stamp on the right side of the page.