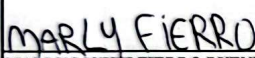
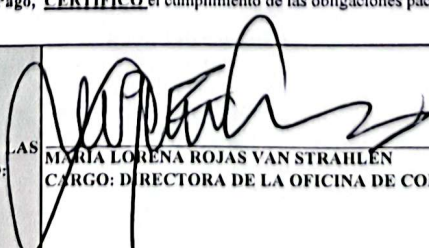
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: APIA-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARLY LISETH FIERRO BUENDIA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.094.964.649		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN PROCESO DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:		PS 3087 DE 2024		FECHA INICIO CONTRATO:	
				1/02/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.786.800		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	
				DOS MESES (02 MESES)	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 31.547.200		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.494.600	
N° DE INFORME:		9		N° CRP:	
				40791	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		OCHO (08) MESES Y VEINTE DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA SEDE ADMINISTRATIVA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACIÓN			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		7		PRORROGAS	
				7	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.893.400		TIEMPO PRORROGA DO:	
				1 MES	
VALOR ADICIONADO		\$ 400.000		TIEMPO PRORROGA DO:	
				20 DÍAS	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE POLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:	
				DD/MM/AAAA	
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)					
1 Durante los días de ejecución del presente contrato realice la respectiva revisión de los documentos jurídicos para las diferentes evaluaciones jurídicas iniciales en los siguientes procesos: 1. Proceso de Contratación Directa No 003-2025 donde se realizó la evaluación jurídica de un (01) solo oferente. 2. Proceso de Estudio de Mercado No.023-2025 donde se realizó la evaluación jurídica de tres (03) oferentes. 4. Proceso de Estudio de Mercado No.031-2025 donde se realizó la evaluación jurídica de siete (07) oferentes.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		83103972		MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
				VALOR PAGADO	
SALUD:		NUEVA EPS		3/01/2025	
				\$ 195.000	
PENSIÓN:		PORVENIR		3/01/2025	
				\$ 249.600	
RIESGOS LABORALES:		ARL SURA		3/01/2025	
				\$ 38.100	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 482.700	
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 ítem se calculó 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, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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					
MARLY FIERRO MARLY LISETH FIERRO BUENDIA CC:1094964649 CEL:3204130702					

 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente LSL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F. 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	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARLY LISETH FIERRO BUENDIA			CC:	1094964649	
CORREO ELECTRÓNICO:	lisethfierro@gmail.com			RUT (NIT):	1094964649-9	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 18 #14-04			TÉLEFONO:	3204130702	
				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:	SCOTIABANK COLPATRIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91238604007
BANCOLOMBIA						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 3087 2024	Nº CDP:	3071, 77	Nº. RP:	40791	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 08 MESES y 20 veinte días
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 31.547.200	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 12/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.595.600					
DOS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SECIENTOS PESOS						
 MARLY LISETH FIERRO BUENDIA C.C 1094964649 cel: 3204130702						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA				MARLY LISETH FIERRO BUENDIA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				1.094.964.649			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ABOGADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE CONTRATACION PROCESO DE BIENES Y SERVICIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		3087-2024		FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$				7.786.800.00	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$		31.547.200.00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.595.600.00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		(º de 9)		Nº CRP INICIAL:		40791 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3071 y 77	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		OCHO (08) MESES Y VEINTE 20 DÍAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		Nº83103972		OPERADOR:		MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		BIENES Y SERVICIOS					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA SEDE ADMINISTRATIVA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN - DIRECTORA DE CONTRATACION					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (7)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (7)	PRORROGA (7)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	947	RP DE LA ADICIÓN:	23159	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	1404	RP DE LA ADICIÓN:	25593	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	1744	RP DE LA ADICIÓN:	30017	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2236	RP DE LA ADICIÓN:	34054	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	2634	RP DE LA ADICIÓN:	37776	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.893.400	CDP DE LA ADICIÓN:	3071	RP DE LA ADICIÓN:	40791	TIEMPO PRORROGADO:	1 MES
VALOR ADICIONADO	\$ 400.000	CDP DE LA ADICIÓN:	77	RP DE LA ADICIÓN:	40791	TIEMPO PRORROGADO:	20 DÍAS
III. POLIZAS (SI APLICA)							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A	
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS							
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>							
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 (12/01/2025) AL (31/01/2025)							
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN CARGO: DIRECTORA DE LA OFICINA DE CONTRATACIÓN					

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1094964649	MARLY LISETH FIERRO BUENDIA	carrera 2 e # 12 c 21 abbas turbay	3118334953	lisethferro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	03/01/2025	83103972	\$482.700

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	195.000	0		0		0	0	0	0	195.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	249.600	0	0	0	0	0	0	0	249.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.100				38.100	0	0	38.100			381	38.100	1

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	195.000	195.000
Pensión	1	249.600	249.600
Riesgos Laborales	1	38.100	38.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	482.700	482.700

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1094964648	MARLY LISETH FIERRO BUENIA		Carrera 2 e # 12 x 21 abb-as barkey	3118334953	luisf.fierro@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
					NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	03/01/2025	83103972	\$482 700	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA