Secretaría 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 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					
JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**52.284.649**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1186 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**2/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 7.686.264	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	4 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.686.264**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.921.566**
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	5915	**N° CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AT CENTRO DE SALUD ALTAMIRA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	**0**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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

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 específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	**Se realizaron actividades acordadas con el supervisor de contrato para el mes de Febrero**
2	**Se realiza control de signos vitales de los pacientes cronicos asignados según orden medica registrandola en formato de control de tension para el mes de Febrero a libre demanda.**
3	**Se Oriento a los pacientes para los procedimientos, ordenes enviadas desde consulta externa en el mes de Febrero**
4	**Se realizo actividades desde enfermeria previniendo a los pacientes de consulta externa sobre acciones inseguras en el mes de Febrero**
5	**Se realiza notificacion de acciones inseguras durante el servicio en el mes de Febrero**
6	**Se informa a los medicos y enfermeras de turno sobre los cambios y ordenes enviadas desde consulta externa en el mes de Febrero**
7	**Se realiza revision de las historias clinicas para verificacion de evoluciones, ordenes, diagnosticos y folios para el mes de Febrero**
8	**Mantener la unidad de esterilizacion en orden y limpia para el mes de Febrero**
9	**Verificacion de historias clinicas subidas de manera oportuna durante las consultas del mes de Febrero**
10	**Se realiza protocolo de bioseguridad, higiene de manos y verificacion de desinfeccion de esterilizacionpara el mes de Febrero**
11	**Se responde por los inventarios de esterilizacion, conservacion y uso adecuado de los biomedicos y equipos en el mes de Febrero**

12	Se realizan los procedimientos, protocolos con normas para el proceso de esterilizacion para el mes de Febrero
13	Se asiste reuniones, capacitaciones y asistencias tecnicas de estadistica, apoyo, agendas, pruebas de dinamica programas para el mes de Febrero
14	Se realizan desinfecciones de esterilizacion de acuerdo a los protocolos institucionales para el mes de Febrero
15	Se realizan actividades conforme a las normas, reglamentos y necesidades del servicio en el mes de Febrero
16	REALIZO 186 HORAS EN EL MES DE FEBRERO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83725835	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	10/02/2025	$178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/02/2025	$227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025	$34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

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 afiliacion 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 período correspondiente

Jenny Alexandra Cotacio C.

JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES
CC:52,284,649
CEL:3193352776

PARA PAGINA SECOP

Secretaría 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 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: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES	**CC:**	52284649
		RUT (NIT):	52284649-7
CORREO ELECTRÓNICO:	gruponaturalia@gmail.com	**TELÉFONO:**	3193352776
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 11 # 66 ESTE 67 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.

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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0550488418826845**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1186 2025**	**N° CDP:**	**1**	**N°. RP:**	**5915**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/1/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/4/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 7.686.264**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$ 1.921.566** **UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTIÚN MIL QUINIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE**					

JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES
CC: 52,284,649
CEL: 3193352776

PAGA PAGADO JCUR

Secretaría 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** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.284.649**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1186 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/1/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.686.264				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.686.264,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.921.566	
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	**N° CRP INICIAL:** 5915	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83725835		**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AT CENTRO DE SALUD ALTAMIRA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**		**RP DE LA**		**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	XX	
N° 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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.**
	EDISON SANCHEZ QUINTERO **PERFIL: ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS**

PACA PARADO SCUZ

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	52284649	JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES	CR 11 ESTE # 66 - 67 SUR	1234567	gruponaturalia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / 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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83725835	$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52284649	JENNY ALEXANDRA COTACIO CUBIDES		CR 11 ESTE # 66 - 67 SUR	1234567	gruponaturalia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	10/02/2025	83725835	$440.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cobro exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
1	CC	52284649	COTACIO CUBIDES JENNY ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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