



**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**

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.069.761.195	
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	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRECE (13) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.725.022	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 738.112
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	48546
		Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PROROGAS	2
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49752	TIEMPO PROROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50856	TIEMPO PROROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7815	TIEMPO PROROGADO: UN (1) MES

**III. POLIZAS**

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	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 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 A LA 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
7	ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE EL AUXILIAR DEL RELEVO NO REALIZA PROCESOS INVASIVOS
8	SE ASISTE EN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN CADA DOS 2 HORAS A PACIENTE CON DISCAPACIDAD
9	SE ASISTE A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LA ALIMENTACION
10	SE ASISTE EN LA ELIMINACION YA SEA EN EL BAÑO O PAÑAL SEGÚN LA NECESIDADES DEL PACIENTE CON DISCAPACIDAD

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

No. DE PLANILLA:	1070347111	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	11/02/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/02/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

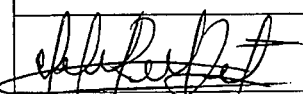
**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 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)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 6  
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YURY LIZETH ROJAS DUARTE	CC:	1.069.761.195
CORREO ELECTRÓNICO:	lizrojas1417@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 14 b#1 -60 sur interior 18 casa	TELÉFONO:	3223492818
		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.

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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24067361090
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5615 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	48546	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS
------------------	--------------	---------	------	--------	-------	---

FECHA DE INICIO CONTRATO		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	\$ 6.725.022
--------------------------	--	--------------------------------	-----------	--	--------------

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/02/2025 AL 09/02/2025

VALOR A PAGAR  
CORRESPONDIENTE AL  
PERIODO OBJETO DE COBRO EN  
(LETRAS Y NUMEROS) \$ 738.112

SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE

NOMBRE: YURY LIZETH ROJAS DUARTE  
CC 1.069.761.195  
CEL 3223492818



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

YURY LIZETH ROJAS DUARTE

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.069.761.195

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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:

\$

738.112

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

5

Nº CRP INICIAL:

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PROROGAS

DOS (2) MESES Y VEINTIDOS (22) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1070347111

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 (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4.053	RP DE LA	49752	TIEMPO	UN (1) MES
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	7815	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

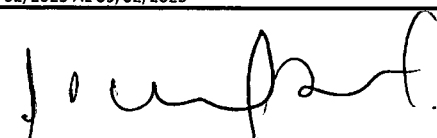
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

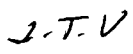
**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

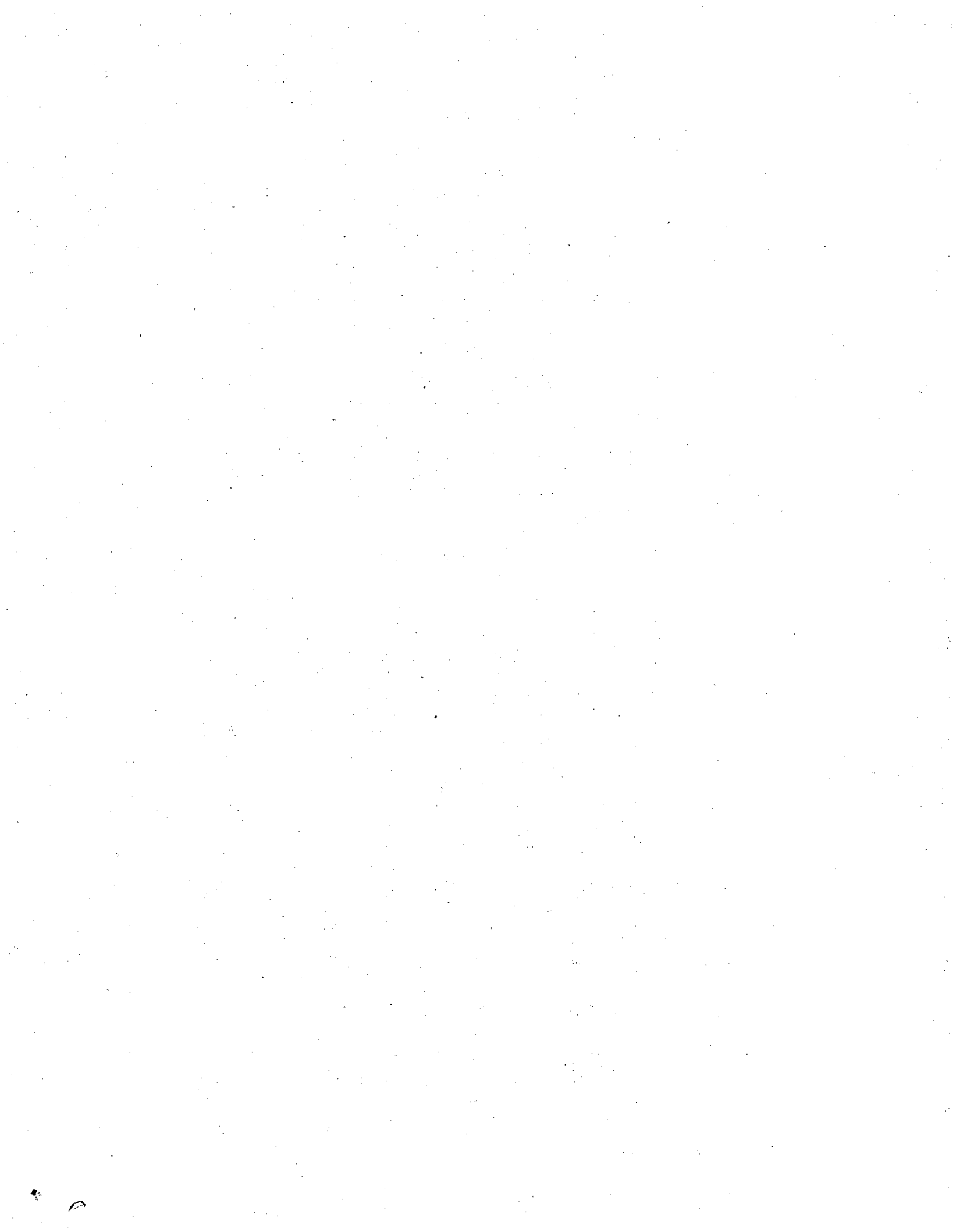
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 09/02/2025

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

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

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







## RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 11/02/25 Hora: 02:18:07 p.m.

Id comercio: 19658

No. Terminal: 6781

Id Trx: 57564824

Id Aut: 000385

Comercio: PLATIK - BALOTO-SUPERMERCADO  
EL CID

Dirección: CL 4 SUR 14 B 36

### RECAUDO PSP

### TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

referencia: 8822895924

Valor: \$ 440.500

\*\*\*ORIGINAL\*\*\*

Para cualquier reclamo es indispensable presentar este  
recibo o comunicarse a los tel. en Bogotá 7561616 o  
gratis en el resto del país 018000-522222.