

**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**

**FLOR ALBA RAMOS ARIAS**

<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>		<b>52,363,864</b>	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPIA RESPIRATORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
<b>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	<b>PS 4481 2025</b>	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	<b>8/2/2025</b>
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ <b>11,031,751</b>	<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>DOS MESES Y 20 DÍAS</b>
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ <b>11,031,751</b>	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ <b>3,372,480</b>
<b>Nº DE INFORME:</b>	<b>2</b>	<b>Nº CRP:</b>	<b>Nº CDP:</b>
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	<b>DOS MESES Y 20 DÍAS</b>		

<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	<b>ISC HOSPITAL SANTA CLARA</b>		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	<b>ANGELA MARIA MENDOZA MESA</b>	<small>PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD CODIGO 237 GRADO 16</small>	


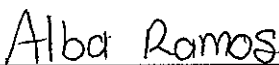
**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

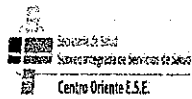
<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>	<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>	<b>ADICIONES</b>	<b>PRORROGAS</b>		
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
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**

<b>¿FACÓ 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>	DD/MM/AAAA	<b>FECHA DE APROBACIÓN:</b>	DD/MM/AAAA

<b>ITE M</b>	<b>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)</b>
<b>1</b>	REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN HOSPITALIZACIÓN, URGENCIAS, SALA ERA Y CONSULTA EXTERNA PROCURANDO EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL PACIENTE
<b>2</b>	BRINDAR UNA ATENCIÓN EN SALUD BUSCANDO LOS MEJORES ESTÁNDARES DE OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, SUFICIENCIA, CONTINUIDAD Y PERTINENCIA, EN UN AMBIENTE DE ATENCIÓN PERSONALIZADA Y HUMANIZADA, CUMPLIENDO EL PRINCIPIO DE EQUIDAD Y CON ÉNFASIS EN ACTIVIDADES, PROCEDIMIENTOS, PROTOCOLOS, INTERVENCIONES Y GUÍAS DE ATENCIÓN, DE ACUERDO A LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-LA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	FLOR ALBA RAMOS ARIAS		CC: 52363864
			RUT (NIT): 52363864-3
CORREO ELECTRÓNICO:	floralbaramosarias2014@hotmail.com		TELÉFONO: 3224061169
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 49b #5a-09		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.			
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	Nº CUENTA: 0570457070100591
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4481-2025	Nº CDP: 209	Nº. RP: 10614
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES Y 20 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	8/2/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/4/2025
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$11,031,757.00
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3,372,480		
	TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE		
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: FLOR ALBA RAMOS ARIAS C.C 52363864 CEL: 3224061169			



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

FLOR ALBA RAMOS ARIAS

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52,363,864

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO TERAPEUTA RESPIRATORIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 4481 2025

FECHA INICIO CONTRATO

08/02/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

11,031,751.00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

11,031,751.00

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$ 3,372,480.00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

2

Nº CRP INICIAL:

209

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

10614.

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

DOS MESES Y VEINTE DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

84883257

OPERADOR:

Mi planilla

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

APOYO TERAPETICO Y REHABILITACION

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

ISC HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

ANGELA MARIA MENDOZA  
MESA

PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD CODIGO 237 GRADO 16

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION	PRORROGA
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA

DD/MM/AAAA

ACTO ADMINISTRATIVO DE

