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

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 4691 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**		UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.264
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	10853	**Nº CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	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	
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
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
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:	1070351740	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	13/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	13/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/03/2025	$ 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 calculó 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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURY LIZETH ROJAS DUARTE
CC: 1.069.761.195
CEL 3223442818

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: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YURY LIZETH ROJAS DUARTE	**CC:**	1.069.761.195
		RUT (NIT):	1.069.761.195
CORREO ELECTRÓNICO:	lizrojas1417@gmail.com	**TELÉFONO:**	3223442818
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14 B 1 64 CS 18	**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.

Régimen 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	24067361090

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4691 2025	**N° CDP:**	504	**N°. CRP:**	10853	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	09/04/2025			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 4.920.528
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)	$ 2.460.264					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURY LIZETH ROJAS DUARTE
CC: 1.069.761.195
CEL: 3223442818

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	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 4691 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.460.264	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	**N° CRP INICIAL:** 10853	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070351740		**OPERADOR:**	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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							
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**					
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)			
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 01/03/2025 al 31/03/2025

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

SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO ACTA DE INICIO DE SERVICIOS CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: APT-F-14
VERSIÓN: 1
FECHA: 2021-11-16

EL LIDERAZGO EN LA SOBERANÍA SANITARIA DE SALUD

NOMBRE DEL CONTRATISTA	YURY LIZETH ROJAS DUARTE
No. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.069.761.195
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
CONTRATO No.	PS 1491 2025
FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR DEL CONTRATO	$ 4.920.528
VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 2.460.264
PERIODO No.	2 de 2
% CRP INICIAL:	10855
% CDP INICIAL DEL CONTRATO	501
PLAZO DE EJECUCIÓN	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
No. DE CELULAR DEL CONTRATISTA:	3107035740
OPERADOR:	SIMPLE
PROFESIONAL DE APOYO DE LA GESTIÓN:	CONSULTORIO JURIDICO - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DE RIESGOS EN SALUD
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAAZ SEDL ADMINISTRATIVA S/N JOSE ORTEGO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DOPRAZA BUSTAMANTE CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

EL MODIFICACIONES CONTRACTUALES

No. DE MODIFICACIONES	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				
FECHA MODIFICACIÓN	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:
FECHA MODIFICACIÓN	CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:

III. PRODUCTOS (SI APLICA)

No. DE PRODUCTO	NOMBRE DEL PRODUCTO:	
FECHA DE PRODUCTO	NUEVA FECHA DE ENTREGA:	

IV. CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

SEÑALE CON UNA X (EQUIVALE A SI) SI LAS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL OBJETO CONTRACTUAL SE HAN CUMPLIDO DURANTE EL PERIODO A CERTIFICAR

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	[illegible]	X	
2	[illegible]	X	
3	[illegible]	X	
4	[illegible]	X	
5	[illegible]	X	

Para constancia se firma "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el [illegible] al 31/03/2025

FIRMA DE QUIEN EJERCE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO O PERSONA QUE RECIBE EL BIEN O SERVICIO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
DOPRAZA BUSTAMANTE CAMARGO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR
[illegible]
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONSULTORIO MAS BIENESTAR

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-13, 10:32:29 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1070351740

Periodo Cotización: febrero de 2025 **Periodo Servicio:** febrero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822895924

PAGADO 13/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURY LIZETH ROJAS DUARTE		
Documento	CC1069761195	**Dirección**	CL 10 #2 - 60 TEJAR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3223492818
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1069761195	YURY LIZETH ROJAS DUARTE	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Scotiabank Colpatria

Punto de pago

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 13/03/25 **Hora:** 10:13:06 a.m.

Id comercio: 19658 **No. Terminal:** 6781

Id Trx: 62670464 **Id Aut:** 190209

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 comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561616 o gratis en el resto del país 018000-522222.