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						
OLGA MARIA ROJAS MORENO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			24.212.604			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1046 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.686.264	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		CUATRO (4) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.686.264			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	1.849.249
Nº DE INFORME:	Nº3	Nº CRP:	4439	Nº CDP:		1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4LA CENTRO DE SALUD LACHES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES 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:	
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

¿PACTÓ 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	
1	Cumplir con las actividades para el desarrollo conforme al estandar institucional
2	Preste los servicos de odontologia, presentando la información y soportes que soliciten , que correspondan al objetivo de actividades contractuales
3	preste actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales
4	Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio
5	Cumplir con las normas de bioseguridad
6	Cumplir con normas, protocolos e instructivos
7	Se realizan 179 horas en el mes de Marzo 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070052148	OPERADOR:	Simple
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS Sanitas	3/3/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	Colpensiones	3/3/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolivar S.A.	3/3/2025	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 periodo correspondiente

Olga Rojas.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 24212604
CEL: 3105671554

Daniela C.

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:	OLGA MARIA ROJAS MORENO	CC:	24212604
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	olgamaria.rojasmoreno@gmail.com	TELÉFONO:	3105671554
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80C 13A 32	CIUDAD:	BOGOTA D.C

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 parág

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:	003970060293

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1046 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4439	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $7.686.264
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$					1.849.249
	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS MCTE					

Olga Rojas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 24212604
cel: 3105671554

Daniela C.

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	OLGA MARIA ROJAS MORENO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	24.212.604

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1046 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7.686.264
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.686.264		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	1.849.249
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	N° CRP	4439	N° CDP INICIAL	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070052148	OPERADOR:	Simple
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4LA CENTRO DE SALUD LACHES		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES		

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	
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	

III. POLIZAS (SI APLICA)

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

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	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: LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ CARGO: LIDER UNIDAD JORGE ELICER GAITAN Y LACHES
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE - DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS

Daniela C.

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-17, 10:55:44 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1070052148

Periodo Cotización: febrero de 2025 Periodo Servicio: febrero de 2025 Referencia pago 8822827438

PAGADA 03/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA MARIA ROJAS MORENO		
Documento	CC24212604	Dirección	CRA 80C # 13 A 32
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3105671554
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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 24212604	OLGA MARIA ROJAS MORENO	59	0																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.423.500	$227.800	(EPS005) EPS SANITAS	$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)	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

Daniela C.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!