Secretaría Distrital 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

MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.032.476.601
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermeria para desarrollar actividades en la dirección de servicios ambulatorios de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4224 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**03/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.934.208**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**3 MESES Y 29 DIAS**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.934.208**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 1.983.552**
Nº DE INFORME:	**3 DE 3**	**Nº CRP:**	**7502**	**Nº CDP:**	**8**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**3 MESES Y 29 DIAS**				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ELIANA MARCELA BORDA VARGAS - LIDER DE SEDE**

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**0**	**PRORROGAS**	**0**	
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:	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	1) Desarrollar las actividades que se generen directa e indirectamente del objeto contractual en las Unidades de prestación de servicios asignadas de acuerdo con la programación de actividades
2	2) Cumplir con el objeto del contrato, de manera personal y autónoma.
3	3) Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.
4	4) Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.
5	5) No acceder a peticiones o amenazas de quienes actúen por fuera de la ley con el fin de hacer u omitir algún hecho.
6	6) Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato.
7	7) Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica)
8	8) Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás caracteristicas del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social.
9	9) Realizar las actividades encomendadas relacionadas con las políticas de LA SUBRED respecto al proceso de acreditación, habilitación y certificación en Sistema de Gestión de Calidad.

HORA 192

No. DE PLANILLA:	**9481886443**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SANITAS**	**14/03/2025**	**178.000**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**14/03/2025**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**14/03/2025**	**34.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**440.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del 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, tnt)
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

MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA:
1.032.476.601
CEL: 3206441268

Secretaría 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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA	**CC:**	1032476601
		RUT (NIT):	1032476601-7
CORREO ELECTRÓNICO:	mariapmanjarrezc@gmail.com	**TELÉFONO:**	3206441268
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 156 # 7D - 64	**CIUDAD:**	BOGOTÁD.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 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:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**388-000062-32**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4224.2025**	**Nº CDP:**	**8**	**Nº. RP:**	**7502**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y 29 DÍAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**03/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES 7'934,208**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1,983,552					
	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRESMIL QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL PESOS					

Maria Paula Manjarrez Capera
C.C:1.032.476.601
cel: 3206441268

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**MARIA PAULA MANJARREZ CAPERA**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.032.476.601**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermeria para desarrollar actividades en la dirección de servicios ambulatorios de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4224 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**03/01/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.934.208**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**7.934.208**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**1.983.552**		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**3 DE 3**	**Nº CRP INICIAL:**	**7502**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**8**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**3 MESES Y 29 DIAS**				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**9481886443**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**AMBULATORIOS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ELIANA MARCELA BORDA VARGAS - LIDER DE SEDE**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):**				ADICION (0)	PRORROGA (0)
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**		
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**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 articulo 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:** **ELIANA MARCELA BORDA PASTRAN** **CARGO:** **LIDER DE SEDE** **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL:ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032476601		MANJARREZ CAPERA MARIA PAULA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 156 7 D 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206441268	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1336259639	9481686443	I	2025/03/04	2025/03/14	NEQUI	10	$443,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1032476601	MANJARREZ MARIA	23100I	30		$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/03/14 01:26 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032476601		MANJARREZ CAPERA MARIA PAULA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 156 7 D 64	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3206441268	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1336259639	9481886443	I	2025/03/04	2025/03/14	NEQUI	10	$443,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$300	$0	$35,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$300	$0	$35,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
TOTAL				1	$440,500	$3,000	$0	$443,500

2025/03/14 01:26 PM