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, Y JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.022.963.387				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1116 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/1/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 15.151.104,00	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	4 MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 15.151.104,00	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	$ 3.787.776		
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	4504	**Nº CDP:**	1
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN - DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS.				

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:**	
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:	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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
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	Prestar servicios de apoyo en forma personal y autonoma como enfermeron el servico de consulta externa, en lo relacionado con actividades de promocion de la salud y detencion de la enfermedad segun curso de vida.
3	Manejo de programas de atencion y condiciones de los usuarios, programacion y supervicion de las actividades que realizan las auxiliares de enfermeria y demas procedimientos, actividades y reportes que se deriven de la atencion relacionada con la profesion segun demanda de usuarios y y necesidad del servisio.
4	Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta la SUBRED a través del supervisor del contrato.
5	Realizar seguimientos a los programas de promocion de la salud y detencion de la enfermedad conforme a la necesidad del servicio, asi como de eventos de interes publica.
6	Tener en cuenta las observaciones y lineamientos del supervisor del contrato. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica).
7	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social
8	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
9	Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.
10	Cumplir con las Guías, protocolos y procedimientos implementados por la Subred y demás características del sistema obligatorio de Garantías de Calidad de la Atención en Salud en el Sistema General de Seguridad Social
11	Apoyar el proceso de gestion de fuentes de informacion y base de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento.
12	Cumplimto de 192 horas

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	32501609	**OPERADOR:**	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/03/2025	$ 189.400
PENSIÓN:	PROTECCION	10/03/2025	$ 242.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/03/2025	$ 37.000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 468.900

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.

J. Natalia Acosta O.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
CC: 1.022.963.387
CEL: 3214830471

Paola Parada Soler.

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

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/03/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	**CC:**	1022963387
		RUT (NIT):	1022963387-8
CORREO ELECTRÓNICO:	nataliaacosta73@gmail.com	**TELÉFONO:**	3214830471
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7B 99 15 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

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

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)	DAVIVIENDA	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	462870057199

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1116 2025	**Nº CDP:**	1	**Nº. RP:**	4504	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/4/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $15.151.104**
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)	$					3.787.776
	TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MCTE					

J. Natalia Acosta O.

JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO
C.C 1.022.963.387
cel: 3214830471

Paola Parada Soler.

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	**JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO**			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.022.963.387**			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1116 - 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**1/1/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**		**15.151.104,00**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 15.151.104,00**	**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	**$ 3.787.776,00**	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	**3**	**Nº CRP INICIAL:**	**4504**	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**1**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**32501609**	**OPERADOR:**	ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIO			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AL CENTRO DE SALUD LOS ALPES			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	**Nº (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**

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		X
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		X

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LARORADO 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:** **CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN** **CARGO:** **DIRECTORA DE SERVICIOS AMBULATORIOS.**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL:** **ENLACE DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

PAOLA PARADA SOLER.

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 78 99 15 SUR		3214830471			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-02	2025-02	32501609	I	2025-03-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	468.900	0	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	32501609	2025-03-20	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES													DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1022963387	ACOSTA OROZCO JOHANNA NATALIA	1.515.110																	0			30	30	0	30	PROTECCION 230201	1.515.110	242.500	0	0	SANITAS-EPS005	1.515.110	189.400	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.515.110	37.000	0.02436	0	0	0	0	0	59	0	468.900	N	2749002

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1022963387	0	JOHANNA NATALIA ACOSTA OROZCO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 78 99 15 SUR		3214830471			NATALIAACOSTA73@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-02	2025-02	32501609	I	2025-03-10	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	468.900	0	NU
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	32501609	2025-03-20	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.515.110	1.515.110	1.515.110	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	242.500	0	0	0	242.500
PROTECCION	230201	800229739	0	1	242.500	0	0	0	242.500
EPS(Administradoras: 1)				1	189.400	0	0	0	189.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	189.400	0	0	0	189.400
ARP(Administradoras: 1)				1	37.000	0	0	0	37.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	37.000	0	0	0	37.000
Gran Total					468.900	0	0	0	468.900