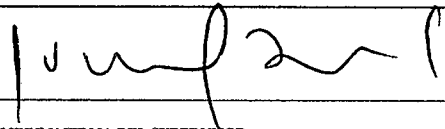
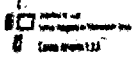
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			DATOS DEL ASESORADO RESPECTIVO APLICADA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			FECHA DE FIRMAS		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4937 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 11.751.418,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		# REFI		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 503.632	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		Nº CRP INICIAL:	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
				609	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		2 MESES Y 10 DIAS 70 MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		DIGITAR NUMERO DE PLANILLA		OPERADOR:	
				N/A	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTORA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$		ADICION ()	
				PRORROGA ()	
		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGADO:	
				(MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (24/02/2025) AL (28/02/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTORA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY PERFIL: LIDER DEL PROCESO			

 SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO HERNÁNDEZ APoyo - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE CREDITO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AF-EX-FT-014 VERSIÓN: 4	
DATOS DEL CONTRATISTA FECHA DE REGISTRO (CAMBIO NTO): (18/03/2015)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARY EDUARDO HURTADO ARDILEDA	CCI:	9869704
CORREO ELECTRÓNICO:	hmartinez@h12.com	RUT (VUE):	9869704
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 13 # 11 F 11 SUR	TÉLEFONO:	3225978342-3152005992
		CIUDAD:	BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2014			
NO tiene otras fuentes de ingresos		(X)	
NI tiene otras 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 1.244.6 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			
Registra Simple de Tributación (RESOLUCIÓN DEL ARTÍCULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes al operar por el impuesto arancelado bajo el Régimen Simple de Tributación		SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR	BANCO AV Villas	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO		Nº CUENTA:	545934577
(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA RESPREGAFUC)			
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4937 2023	Nº CDP:	609
		Nº RP:	4937
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIEZ (10) DÍAS			
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/02/2023	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	24/04/2023
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$11.751.418			
PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL (01/03/2023) al (03/03/2023)			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO S OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS):	5		
	QUINIENTOS TRES MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS.		
MARY EDUARDO HURTADO ARDILEDA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA C.C. 9869704 cel: 3225978342-3152005992			

		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-IT- RT-VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO EN: LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CIUDAD: EDUARDO MARRERO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			PS-9704		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO EMPLEADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No:		PS-4917-2025		FECHA INICIO CONTRATO:	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:		11'731'418		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO:	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		11'731'418		DOS (2) MESES Y DIEZ (10) DIAS	
Nº DE INFORME:		1		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:		Nº CRP1:		4917	
UNIDAD FUNCIONAL (EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES):		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		Nº CRP2:	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LÓRENZA BUCIERA CAMARGO DIRECTORA DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD		609	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN:	
VALOR ADICIONADO:		ADICIONES:		NÚMERO:	
ADICIONES:		PRORROGAS:		NÚMERO:	
PRORROGAS:		TÍPICO:		PRORROGADO:	
III. PÓLIZAS					
¿PACTO PÓLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA:		20-09-2025		FECHA DE APROBACIÓN:	
FECHA DE APROBACIÓN:		20-09-2025		20-09-2025	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser elaborados con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
1. Ejecución, revisión y monitoreo continuo de planes de contingencia, asegurando el cumplimiento de los protocolos, documentos y procedimientos para las emergencias sanitarias.					
2. Asesorar y brindar apoyo técnico a los responsables de la Primera de Mayo, brindando asistencia en la gestión y ejecución de las actividades programadas.					
3. Participar en reuniones de trabajo, asegurando la asistencia y cumplimiento de las obligaciones profesionales requeridas para el desarrollo de las actividades.					
4. Seguir las instrucciones de los superiores, garantizando la recepción y atención de las solicitudes de información, referencias para las personas interesadas y oportuna.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:		CERTIFICACIONES:		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO:		ENTIDAD:		FECHA DE PAGO:	
SALUD:		FAMILIAR:		20-09-2025	
PENSIONES:		FORVENTA:		20-09-2025	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS ROJIVAR:		20-09-2025	
OTRO:		TOTAL PAGADO:		5 695 000	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1. Que garantiza las actividades descritas en el contrato, dentro del período de contrato.					
2. Que garantiza el pago de la Seguridad Social dentro del 10% de los ingresos contemplados del mes, dentro del período de contrato, en caso de que el pago de la Seguridad Social no sea realizado por el contratista.					
3. Que garantiza el pago de los impuestos de la renta dentro del período de contrato.					
4. Que garantiza el pago de los impuestos de la renta dentro del período de contrato.					
VII. ANEXOS					
(Señalar se anexa o no a las declaraciones del contratista)					
Anexo 1: Fotografías y documentos que respaldan las actividades realizadas en el período de contrato.					
Hary Eduardo Marrero A. HARY EDUARDO MARRERO A. NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C. 9829784 C.E. 22357217-37438399					

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 9869704		HURTADO ARBOLEDA HARY EDUARDO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	carrera 13 # 31 f 17 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5714569	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-02	2025-02	1350613000	9483301156	I	2025/03/04	2025/03/20	BANCO DAVIVIENDA	16	\$69,800	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$38,000	\$400	\$0	\$38,400		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$38,000	\$400	\$0	\$38,400		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,300	\$100	\$0	\$1,400		
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$1,300	\$100	\$0	\$1,400		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$29,700	\$300	\$0	\$30,000		
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$29,700	\$300	\$0	\$30,000		
TOTAL				1	\$59,000	\$800	\$0	\$59,800		

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 9869704		HURTADO ARBOLEDA HARY EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 13 # 31 f 17 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5714569	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1350613080	9483301156	I	2025/03/04	2025/03/20	BANCO DAVIVIENDA	16	\$69,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sumatoria PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$237,250	\$38,000			\$237,250	\$29,700			\$0	\$0			\$237,250	\$1,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$237,250	\$38,000			\$237,250	\$29,700			\$0	\$0			\$237,250	\$1,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$237,250	\$38,000			\$237,250	\$29,700			\$0	\$0			\$237,250	\$1,300		\$0	\$0
1	CC 9869704	HURTADO HARY	230301	5	\$237,250	\$38,000	EP5017	5	\$237,250	\$29,700	0		\$0	\$0	14-7	5	\$237,250	\$1,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$237,250	\$38,000			\$237,250	\$29,700			\$0	\$0			\$237,250	\$1,300		\$0	\$0

