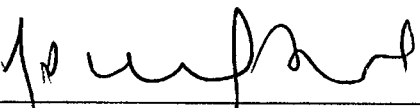
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
		APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JULADY MARTINEZ FIGUEROED					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.866.357		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE 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 4939 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				26/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.869.345		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				DOS (2) MESES Y TRES (3) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.869.345		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.086.862	
N° DE INFORME:		2		N° CRP:	
				11322	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS				N° CDP:	
				560	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
				0	
				PRORROGAS	
				0	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		FECHA DE APROBACIÓN:	
				N/A	
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	Realizar la ronda diaria por los diferentes servicios de la unidad para captar eventos y recoger fichas de eventos de notificación				
2	Descarga de reporte de fichas epidemiológicas del aplicativo dinámica gerencia				
3	Descarga de RIPS diarios para búsqueda activa institucional				
4	Revisión de historias clínicas y diferentes aplicativos como: PAI, geo codificador de direcciones, comprobador de derechos, adres, para la realización de pre crítica a cada una de las fichas encontradas				
5	Subir las fichas de notificación diariamente al aplicativo SIVIGILA.6.				
6	Generar archivos planos diarios de la notificación inmediata, enviar la notificación por correo electrónico.7. Cargar archivos planos al SIVIGILA WEB 4.08. Escanear fichas de notificación y enviar por correo electrónico para la notificación inmediata				
7	Escanear fichas de notificación y enviar por correo electrónico para la notificación inmediata				
13	Los días lunes realizar notificación semanal, generar archivos planos y enviar a la consolidadora antes de las 9:00 del día. Además de las fichas de los subsistemas SIVIM, SIVELCE, SIVISTRA y SISVECOS				
15	Escanear y enviar al correo electrónico de epidemiología fichas de evento 300, 813, para su respectivo seguimiento.15. Enviar los primeros 5 días de cada mes el formato de seguimiento a la notificación y retroalimentación realizada al personal asistencia				
16	Subir al aplicativo SIVIGILA los reportes de laboratorio de los eventos que así lo requieran.				
17	Alimentar diariamente la base SIVIM con los casos encontrados				
18	Cargar archivos RA al aplicativo SIVIGILA cuando sean enviados al correo electrónico				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		85037320		OPERADOR:	
				MIPLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		09/04/2025	
PENSIÓN:		PORVENTIR		09/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		ARL SURA		09/04/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 411.100	
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 ningún 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 reporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
					
JULADY MARTINEZ FIGUEROED					
CC: 1023866357					
CEL: 3102142542					

		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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULADY MARTINEZ FIGUEROA			CC:	1023866357
CORREO ELECTRÓNICO:	juladymartinez96@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31 G SUR # 1 49			TELÉFONO:	3102142542
				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					
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488441732861
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4939 2025	N° CDP:	560	N° CRP:	11322
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y TRES (3) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/2/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/4/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 4.869.345
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	01/04/2025 AL 30/04/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	S 2.086.862				
DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE					
<i>Julady Martinez</i> JULADY MARTINEZ FIGUEROA C.C 1.023.866.357 cel: 3102142542					

[illegible]

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	XX
N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/04/2025) AL (30/04/2025)			
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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: ASTRID YOLANDA PALMA BARRIOS PERFIL: REFERENTE SIVIGILA	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023866357	JULADY MARTINEZ FIGUERO		Cll 31 g Sur # 1- 49	5677909	juladymartinez18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85037320	\$411.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
						No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS017	Famisanar EPS		830003584-7	166.100	0		0		0	0	0	0

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir		800224808-8	212.600	0	0	0	0	0	0	0	212.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad
					No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SURA		890803700-5	32.400				32.400	0	0	32.400			324

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	166.100	166.100
Pensión	1	212.600	212.600
Riesgos Laborales	1	32.400	32.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	411.100	411.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023866357	JULADY MARTINEZ FIGUERO		Cll 31 g Sur # 1- 49	5677909	juladymartinez18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS UPC
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85037320	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$411.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Religión	Edad	Columna	Excedente	BO	RE	TE	TA	TP	TR	SL	SR	LA	VA	AP	VT	INL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Chile en Riego	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte BENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1023866357	MARTINEZ FIGUERO JULADY	59	0			N	X															230301	1.328.600	212.600	0	0	0	0	0	EPS017	1.328.600	166.100	14-11	1.328.600	3	32.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA