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: 1
FECHA: 2024-09-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES					
	CON C.C Nº	1.067.030.693			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4180 2025	FECHA INICIO CONTRATO	02/012025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	11.680.200	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	23.360.400	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.893.400,00		
Nº DE INFORME:	04	Nº CRP:	814	Nº CDP:	12413
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES (6)				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	11.680.200	CDP DE LA ADICIÓN:	814	CRP DE LA ADICIÓN:	12413	TIEMPO PRORROGADO:	TRES(3) MESES
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 (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Se realizo disponibilidades,obligaciones y giros (revision de nomina, facturacion, contratacion de bienes y servicios, caja menor, parafiscales, ARL, polizas) de acuerdo a los lineamientos pactados con el profesional del area.
2	Se apoyo la verificacion presupuestal en las bases de datos de contratistas para pago de los mismos.
3	Se apoyo la verificacion y realizacion de operaciones presupuestales en el sistema de informacion a solicitud del supervisor.
4	Se apoyo en la ejecución de la resolución 1775 de 2024
5	Se realizaron reintegros de disponibilidades presupuestales.
6	Se realizaron liberaciones de saldos presupuestales.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	7964043234	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	9/04/2025	$ 194.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	9/04/2025	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	9/04/2025	$ 38.000
OTRO	COMPENSAR CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR		
TOTAL PAGADO			$ 481.900

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Correo Electronico Institucional

NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1.067.030.693

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: 5
FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES	**CC:**	1067030693
CORREO ELECTRÓNICO:	nayelissvillegas17@gmail.com	**TELÉFONO:**	3014284329
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 49b sur 11b-23	**CIUDAD:**	Bogotá, 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 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.

Régimen 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:	***SCOTIABANK COLPATRIA***	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	7262030594

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	**PS 4180 2025**	**N° CDP:**	**814**	**N°. RP:**	**12413**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 23.360.400**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS					
	$ 3.893.400					

Nayelis V.

NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES
C.C 1067030693
Cel: 3014284329

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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES

CON C.C Nº 1.067.030.693

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4180 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	2/01/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 23.360.400			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.893.400,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	**Nº CRP INICIAL:**	7462	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	7
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	7964043234	**OPERADOR:**	SOI		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	RONALD AGUILAR GOMEZ - DIRECTOR FINANCIERO				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION**	**PRORROGA**
VALOR ADICIONADO	11.680.200	**CDP DE LA ADICIÓN:**	814	**RP DE LA ADICIÓN:**	12413	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES(3) MESES
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** 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:** **RONALD AGUILAR GOMEZ** **DIRECTOR FINANCIERO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Ronald J. Payares S. **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR** **RONALD JOSE PAYARES SERRANO** **PERFIL:REFERENTE PRESUPUESTO**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1067030693
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NAYELIS PAOLA VILLEGAS MORALES
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 18D 24 13 APTO 2	TELÉFONO:	3014284
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7964043234			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/04/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1399661710

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 249.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.200	$ 0	$ 249.200
SUBTOTALES:										**$ 249.200**	**$ 0**	**$ 249.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 194.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 194.700	$ 0	$ 0	$ 194.700
SUBTOTALES:													**$ 194.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 194.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 38.000	$ 38.000	$ 0	$ 0	$ 38.000
SUBTOTALES:									**$ 38.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 38.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1067030693	VILLEGAS MORALES NAYELIS PAOLA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1.557.360				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.557.360	$ 249.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.557.360	$ 194.700	$ 0	$ 194.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.557.360	1067030693	$ 38.000	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 481.900

Planilla Pagada