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 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						
OLGA MARIA ROJAS MORENO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			24.212.604			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1046 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 7.686.264	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 7.686.264		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$** 1.756.270		
N° DE INFORME:	N°4	**N° CRP:**	4439	**N° CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4LA CENTRO DE SALUD LACHES					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES 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:**	
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	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

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	Cumplir con las actividades para el desarrollo conforme al estandar institucional
2	Preste los servicos de odontologia, presentando la información y soportes que soliciten , que correspondan al objetivo de actividades contractuales
3	preste actividades del proceso de limpieza, desinfección y esterilización conforme a protocolos institucionales
4	Apoyar la realización de las actividades que realice el odontólogo del servicio
5	Cumplir con las normas de bioseguridad
6	Cumplir con normas, protocolos e instructivos
7	Se realizan 170 horas en el mes de Abril 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070801002		**OPERADOR:**	Simple	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	EPS Sanitas	3/04/2025	$	178.000	
PENSIÓN:	Colpensiones	3/04/2025	$	227.800	
RIESGOS LABORALES:	Seguros Bolivar S.A.	3/04/2025	$	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, 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

Olga Rojas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 24212604
CEL: 3105671554

Daniela Cortés

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

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA MARÍA ROJAS MORENO	CC:	24212604
		RUT (NIT):	N/A
CORREO ELECTRÓNICO:	olgamaria.rojasmoreno@gmail.com	TELÉFONO:	3105671554
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 80C 13A 32	CIUDAD:	BOGOTA 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 titulo 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	003970060293

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 1046 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	4439	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $7.686.264
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					1.756.270
	UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS MCTE					

Olga Rojas

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
C.C 24212604
cel: 3105671554

Daniela Cortés

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	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	**OLGA MARIA ROJAS MORENO**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**24.212.604**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOTECNICO COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1046 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		**1/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				7.686.264
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.686.264		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 1.756.270**
N° PAGO / N° DE INFORME:	(4de 4)	**N° CRP INICIAL:**	4439	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070801002		**OPERADOR:**	Simple	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4LA CENTRO DE SALUD LACHES				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ - LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (0)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**		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:**	
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)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**		

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	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:** **LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ** **CARGO:** **LIDER UNIDAD JORGE ELICER GAITAN Y LACHES**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **EDISON SANCHEZ QUINTERO** **PERFIL:** **ENLACE - DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

Daniela Cortés

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-04-03, 09:54:47 AM Tipo Planilla I Número Planilla 1070801002 Referencia pago(PIN) 8822827438

Periodo Cotización 202503 Periodo Servicio 202503

Cliente:

PAGADA 2025-04-03 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA MARIA ROJAS MORENO				
Documento	CC 24212604	**Dirección**	CRA 80C # 13 A 32		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3105671554		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 24212604		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ROJAS MORENO OLGA MARIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																			Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0		$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-7	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	SEGUROS BOLIVAR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

Daniela Cortés

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!