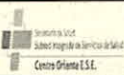
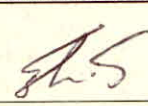


 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JANNY TATIANA LARA GUAL					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.741.632		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1191 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
2/01/2025					
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:	
\$ 1.745.939					
Nº DE INFORME:		Nº 4		Nº CRP:	
5919		Nº CDP:			
1					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ-LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		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:					
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
X					
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
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		Se realizo seguimiento a usuarios y así mismo se realizo llamada el día anterior para recordacion citas medicas de PyD			
2		Se realizo seguimiento a la población en la subred a fin de garantizar su atención integral.			
3		Se realizo seguimiento a la adherencia de los usuarios con evaluacion y llamadas telefonicas			
4		Se realiza diligenciamiento de base excel en donde se registra el seguimiento de llamadas a los usuarios			
5		Se elabora y valida Matriz y formatos de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE y se			
6		Se diligencian bases de seguimiento a los usuarios de la subred			
7		Se realizan las demas actividades asignadas para dar cumplimiento al contrato			
8		Se realizan 169 horas en el mes de abril 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		8635709465		OPERADOR:	
ASOPAGOS					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		SANTAS		10/04/2025	
\$ 178.300					
PENSIÓN:		COLPENSIONES		10/04/2025	
\$ 228.100					
RIESGOS LABORALES:		SURA		10/04/2025	
\$ 34.800					
OTRO					
TOTAL PAGADO		\$		441.200	
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 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					
Tatiana Lara G					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:					
CC: 52741632					
CEL: 3194162597					

		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:	JANNY TATIANA LARA GUAL		CC:	52741632	
CORREO ELECTRÓNICO:	tatianalara1020@hotmail.com		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 49D BIS SUR 5N 27		TELÉFONO:	3194162597	
			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.					
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:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	003944332
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1191 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	5919
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	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 NÚMEROS)	\$ 1.745.939				
	UN MILLÓN SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS MCTE				
<p><i>Tatiana Lara G.</i></p> <p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p> <p>C.C 52741632</p> <p>cel: 3194162597</p>					

Daniela Cortés

		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			JANNY TATIANA LARA GUAL		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.741.632		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		PS 1191 2025	FECHA INICIO CONTRATO		2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$			7.686.264
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	7.686.264	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.745.939
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(4 de 4)	Nº CRP INICIAL:	5919	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	8635709465		OPERADOR:	ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GESTION AMBULATORIA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4EG HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ-LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN Y LACHES				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		0	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:	
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)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº 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 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: LINA MARCELA ROJAS GUTIERREZ CARGO: LIDER UNIDAD JORGE ELIECER GAITAN			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL: ENLACE - DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS			

Daniela Cortés

RAZÓN SOCIAL :	JANNY TATIANA LARA GUAL
IDENTIFICACIÓN:	CC-52741632
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-04-10
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-08
FECHA DE PAGO:	2025-04-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-03
NÚMERO PLANILLA:	8635709465
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603035731
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 178.000	\$ 178.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 300	\$ 227.800	\$ 228.100
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 34.700	\$ 34.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 700	\$ 440.500	\$ 441.200

Donato Cortés



FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/05/2025
----------------------------------	------------