

 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							
TATIANA MORA SALAZAR							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.026.291.361			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL 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 4927 2025		FECHA INICIO CONTRATO		20/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	16.009.634	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	2 MESES 11 DÍAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	16.009.634	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	6.619.158	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	11055	Nº CDP:	183
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		2 MESES 11 DÍAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			5SJ CENTRO DE SALUD SAN JORGE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			DRA. ELIZABETH COY JIMENEZ - PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS							
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X	
Nº DE PÓLIZA:		123		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ABC	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		FECHA DE APROBACIÓN:		DD/MM/AAAA	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 REALIZAN ACTIVIDADES DE MEDICINA GENERAL EN CONSULTA EXTERNA EN UNIDADES DE SAN JORGE Y OLAYA						

2	SE REALIZA CONSULTA MEDICINA INTEGRAL VALORACIÓN PYD A GRUPOS POBLACIONALES ESTABLECIDOS.
3	CUMPLIMIENTO CON HORAS ESTABLECIDAS EN EL DÍA A DÍA.
4	ESTABLECIENDO MANEJO INTEGRAL EN CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL RESOLUTIVAY VALORACIÓN INTEGRAL.
5	ASISTIR OPORTUNAMENTE A CAPACITACIONES.
6	INFORMAR CASOS DE DESNUTRICIÓN MEDIANTE FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y REPORTE A ENTIDAD.
7	CUMPLIMIENTO DE PRESENTACIÓN PERSONAL.
8	CUIDADO DE LAS INSTALACIONES Y EQUIPOS MEDICOS PRESTADOS PARA LA ATENCIÓN.
9	REPORTAR DAÑOS EN EQUIPOS O INSTALACIONES.
10	BRINDAR ATENCIÓN DE CALIDAD Y CON CORDIALIDAD.
11	TRATO RESPETUOSO CON TODOS LOS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS DE SEDE
12	NO USO DE ESMALTE DURANTE CONSULTA.
13	CUMPLIR OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO.
14	ASUMIR LIDERAZGO EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.
15	182 HORAS LABORADAS DEL 01 AL 30 ABRIL 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9484471531	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	EPS FAMISANAR	09/04/2025	\$	403.700
PENSIÓN:	COLFONDOS	09/04/2025	\$	516.800
RIESGOS LABORALES:	ARL BOLIVAR	09/04/2025	\$	78.700
OTRO	CAJA COMPENSACIÓN COLSUBSIDIO	09/04/2025	\$	64.600
TOTAL PAGADO				\$ 1.063.800

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.

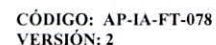
VII. ANEXOS

(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

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 
 CC: 626491361
 CEL: 312194592

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)		
NOMBRES Y APELLIDOS:	TATIANA MORA SALAZAR	CC: 1026291361
CORREO ELECTRÓNICO:	tmorasa20@gmail.com	RUT (NIT): 1026291361
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 11 A sur # 3 A 26	TELÉFONO: 3102194592
		CIUDAD: Bogota
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.		
NO tomaré costos y deducciones		NO
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:	OTRO	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	BANCO ITAU	TIPO DE CUENTA: AHORROS
		Nº CUENTA: 005778772
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	4927 2025	Nº CDP: 183
		Nº. RP: 11055
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES 11 días
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 16.009.634
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)	\$ 6.619.158	
SEIS MILLONES SEISCIENTOS DIECINUEVE MIL CIENTO CINCUENTA Y OCHO PESOS		
		
TATIANA MORA SALAZAR. C.C. 1026291361 TEL: 3102194592		



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			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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:		 ELIZABETH COY JIMENEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO	
		 EDISON SANCHEZ QUINTERO ENLACE OPERATIVO DIRECCIÓN SERVICIOS AMBULATORIOS.	

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 1026291361		MORA SALAZAR TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 11 A sur# 3 A 26, Casa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102194592	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398177545	9484471531	I	2025/04/14	2025/04/09	BANCO ITAU	0	\$1,063,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
1	CC 1026291361	MORA TATIANA	231001	30	\$3,229,567	\$516,800	EPS017	30	\$3,229,567	\$403,700	CCF22	30	\$3,229,567	\$64,600	14-7	30	\$3,229,567	\$78,700	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$3,229,567	\$516,800			\$3,229,567	\$403,700			\$3,229,567	\$64,600			\$3,229,567	\$78,700		\$0	\$0	

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$516,800	\$0	\$0	\$516,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$516,800	\$0	\$0	\$516,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$78,700	\$0	\$0	\$78,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$78,700	\$0	\$0	\$78,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$64,600	\$0	\$0	\$64,600	
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	\$64,600	\$0	\$0	\$64,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$403,700	\$0	\$0	\$403,700	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$403,700	\$0	\$0	\$403,700	
TOTAL				1	\$1,063,800	\$0	\$0	\$1,063,800	