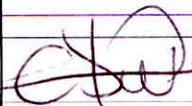
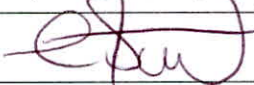
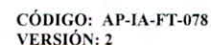
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y						
ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.233.894.771			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ODONTÓLOGO 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 5063 2023		FECHA INICIO CONTRATO	12/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	5,924,323		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	1 MESES Y 19 DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	5,924,323		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	5	1,009,504	
Nº DE INFORME:	1		Nº CRP:	11614	Nº CDP: 125	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	1 MESES Y 19 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	GPM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIZABETH COY JIMENEZ					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO	5	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		
Nº 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 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	Prestó mi servicio y ejecuté las actividades que demanda el servicio, guiado por la normatividad del sistema					
2	Diligencé RIPS de cada paciente atendido					
3	Apoyé los planes de mejora que ayudan a prestar adecuados servicios de salud					
4	Consultas Odontológicas Resolutivas					
5	Notifiqué y participé en las mejoras del servicio					
6	Cumplí con las normas utilizando elemento de protección personal según los protocolos institucionales					
7	Ingeniería odontológica					
8	Fomento y apoyo en la realización de actividades que fortalezcan los CAIS					
9	Diligencé la historia clínica de acuerdo a guías y protocolos establecidos por la subred					
10	Acato y cumpla las disposiciones requeridas por la institución					
11	Cantidad de horas realizadas en el periodo: 214 horas					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADO		OPERADOR:	CERTIFICADO		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL		CERTIFICADO	CERTIFICADO		
PENSIÓN:	COLFONDOS		CERTIFICADO	CERTIFICADO		
RIESGOS LABORALES:	SURA		CERTIFICADO	CERTIFICADO		
OTRO						
TOTAL PAGADO				50		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA						
1 - Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro						
2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calcula 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)						
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
						
ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ 1233894771 CEL.: 3222463689						

 Ministerio de Salud y Protección Social Sistema Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30/04/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:		ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ			CC:		1233894771
CORREO ELECTRÓNICO:		elianasuarez28@gmail.com			RUT (NIT):		1233894771
DIRECCIÓN DOMICILIO:		carrera 101 No 150 a - 60			TELÉFONO:		3222463689
					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 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:		bancolombia		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)							63924192625
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5063 2025	Nº CDP:	125	Nº. RP:	11614	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 1 MES Y 19 DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 5,924,323	
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)		5 4,009,504 CUATRO MILLONES NUEVE MIL QUINIENTOS CUATRO PESOS					
 ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ CC: 1233894771 CEL: 3222463689							



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE	N/A
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 DIRECCION AMBULATORIO	



BOGOTA, Abril 10 de 2025 Señora:

SUAREZ RUIZ ELIANA PATRICIA
CC. 1233894771
CARRERA 101 A 150 A 60 - 3063179
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Octubre 12 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
SUAREZ RUIZ ELIANA PATRICIA	1233894771	C	Oct-12-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ	1233894771	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ identificado(a) con C.C No. 1.233.894.771, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 10 de abril del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Medellín, 10 de abril de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ con documento de identidad C1233894771, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE con NIT N900959051.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación							
Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-18	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	TRABAJADORES INDEPENDIENTES	00000000001	3	2.436	EN COBERTURA

