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					
LAURA VALENTINA PAEZ REYES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**1.000.130.935**		
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE.**				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1130 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**02/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 7.686.264**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	**4 MESES**		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 11.715.354**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.962.890**	
N° DE INFORME:	**5 DE 5**	**N° CRP:**	**5864**	**N° CDP:**	**1**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	**6 MESES**				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: INCLUIDO PRORROGAS	**4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**ELIANA MARCELA BORDA VARGAS - LIDER DE SEDE**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	**1**	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**1**	**PRORROGAS**	**1**	
VALOR ADICIONADO	**$ 4.029.090**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1276**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**13421**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**2 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:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
N° 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Colaborar en las actividades que realicen los odontologos de servicio diarieamente.
2	Apoyar la prestacion de servicios de odontologia, diligenciando soportes que soliciten deacuerdo al diligenciamiento de odontogramas y concentimientos informados durante los procedimientos de consulta.
3	Ralizacion del proceso de limpieza y desinfeccion diaria y terminal de las unidades odontologicas, registro de planillas, proceso de esterilizacion del instrumental con su respectivo libro de control.
4	Garantizar la seguridad y manipulacion de los residuos e insumos, aplicando el control de caducidad.
5	Llevar a cabo las normas establecidas.
6	Participacion en la verificacion y funcionamiento de los equipos de rayos x periapicales.
7	HORAS 190

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9484980574**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**SALUD TOTAL**	**12/05/2025**	**$**	**178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**12/05/2025**	**$**	**227.800**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	**12/05/2025**	**$**	**34.700**
OTRO	**COLSUBSIDIO**	**12-052025**	**$**	**8.600**
TOTAL PAGADO				**$ 449.100**

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 período correspondiente

Valentina Paez

LAURA VALENTINA PAEZ REYES
CC:1000130935
CEL:3106800819

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 PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP IA FT 014 VERSION: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILINGENCIAMIENTO: (31-05-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA PAEZ REYES	CC:	1000130935
		RUT (NIT):	1000130935-1
CORREO ELECTRÓNICO:	[redacted]	TELEFONO:	3106800819
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera80h#57b22sur	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 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 aportaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación (RESOLUCIÓN 000165 ARTICULO 12. Por la cual debe informar por parte los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	03339597100

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 1130 2025	**Nº CDP:**	1276	**Nº. RP:**	13421	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	02/01/2025	FECHA DE TERMINACION CONTRATO:		30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES 11,715,354
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1.962.890					
	UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y DOSMIL OCHO CIENTOS NOVENTA PESOS					

Valentina Paez

LAURA VALENTINA PAEZ REYES
C.C. 1000130935
CEL. 3106800819

Secretaría Distrital 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: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	*LAURA VALENTINA PAEZ REYES*
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.130.935

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SALUD CENTRO ORIENTE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1130 2025		FECHA INICIO CONTRATO		02/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.686.264				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.715.354		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 1.962.890
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 DE 5	N° CRP INICIAL:	5864	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	6 MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484980574		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	4CA CENTRO DE SALUD CANDELARIA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	ELIANA MARCELA BORDA VARGAS - LIDER DE SEDE				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				1	1
VALOR ADICIONADO	$ 4.029.090	CDP DE LA ADICIÓN:	1276	RP DE LA ADICIÓN:	13421	TIEMPO PRORROGADO:	2 MESES
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 APROBACIÓN:			

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//05/2025)** AL **(31/05/2025)**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	ELIANA MARCELA BORDA VARGAS CARGO: LIDER DE SEDE
	EDISON SANCHEZ QUINTERO PERFIL:ENLACE DIRECCION AMBULATORIOS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000130935		PAEZ REYES LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr80h n 57b 22sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106800819	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472466752	9484980574	I	2025/05/09	2025/05/12	NEQUI	3	$450,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1000130935	PAEZ LAURA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$8,600	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$8,600			$1,423,500	$34,700		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000130935		PAEZ REYES LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr80h n 57b 22sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3106800819	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472466752	9484980574	I	2025/05/09	2025/05/12	NEQUI	3	$450,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$500	$0	$228,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$500	$0	$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$8,600	$100	$0	$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$400	$0	$178,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$400	$0	$178,400
TOTAL				1	$449,100	$1,100	$0	$450,200