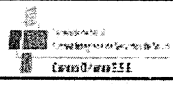
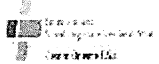
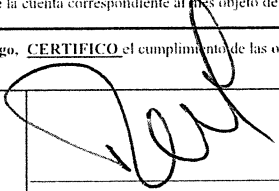


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,026,254,763		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1173 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
1/1/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 27,931,392		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
30/04/2025 TREINTA DE ABRIL DE DOS MIL VEINTICINCO					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 41,897,088		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 6,982,848					
Nº DE INFORME:		5		Nº CRP:	
4512		Nº CDP:			
1					
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCEL DISTITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GUILFRMO RUBIO GUIZA - LIDFR HOSPITAL UNIVERSITARIO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		I		PRORROGAS	
I					
VALOR ADICIONADO		\$ 13,965,696		CDP DE LA ADICIÓN:	
1276		CRP DE LA ADICIÓN:		14995	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				DOS (2) MESES	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
X					
Nº DE PÓLIZA:		NA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
NA				NA	
FECHA DE LA PÓLIZA		NA		FECHA DE APROBACIÓN:	
NA				NA	
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 preste sus servicios profesionales como médico, realizando consultas médicas conforme al estándar definido de acuerdo a la actividad a desarrollar y demanda de servicios, enmarcado dentro de los parámetros de calidad definidos en la normatividad vigente del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el ejercicio de la profesión y acogiendo las guías y protocolos definidas por la Subred Centro Oriente E.S.E.			
2		Se diligencie el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuadamente. Se apoyo las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de la calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de los servicios de salud			
3		Se cumplieron con las normas de bioseguridad y se desarrolló las actividades para el fortalecimiento de los centros de atención primarios (CAPS) incluidas los procesos de gestión y operación de: SIVIGILA y EEVV y se cumplieron con las normas de bioseguridad incluidos los reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, se notificó los sucesos de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.			
4		Se elaboró historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred, junto con las actividades de fortalecimiento y acreditación conforme a los parámetros de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Se realizó de manera oportuna y eficaz las funciones específicas mencionadas con el objetivo de garantizar la adecuada atención de pacientes de una manera eficiente y altamente humanizada, apoyando y gestionando de manera constante en el Fortalecimiento de las Subredes en el Modelo de Atención, en las 4 Subredes Integradas de Servicios de Salud de Bogotá., como apoyo del convenio interadministrativo No 692 de 2019. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.			
5		192 HORAS por Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 1173 2025			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		86211648		OPERADOR:	
MI PLANILLA					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		COMPENSAR		12/5/2025	
\$ 349,200					
PENSIÓN:		COLPENSIONES		12/5/2025	
\$ 447,000					
RIESGOS LABORALES:		ARL		RIESGO V	
OTRO					
TOTAL PAGADO		\$ 796,200			
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 afiliación a cps, arl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 (Cumdo se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
Alejandra Echeverria					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ CC: 1.026.254.763 CEL: 3165454470					

 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: 31/05/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ	CC:	1026254763
CORREO ELECTRÓNICO:	alcjaes1026@gmail.com	RUT (NIT):	1026254763-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 5 No 68F-36 APTO. 101	TELÉFONO:	3165454470
		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			
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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		Nº CUENTA:	0550488412990514
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 1173 2025	Nº CDP:	1276
		Nº. RP:	14995
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : SEIS (6) MESES	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$	6,982,848	
	SEIS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M.C.T.E		
 ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ C.C 1.026.254.763 DE BOGOTÁ cel: 3165454470			

		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			ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRIA SANCHEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,026,254,763		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO GENERAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1173 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				1/1/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		27,931,392	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 41,897,088		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 6,982,848	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		5		Nº CRP INICIAL: 4512 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86211648		OPERADOR: MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6CD CARCELDISTRITAL			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		GULLERMO RUBIO GUIZA - LIDER HOSPITAL UNIVERSTARIO SANTA CLARA.			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO \$ 13,965,696		CDP DE LA ADICIÓN: 1276		CRP DE LA ADICIÓN: 14995	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	
				ADICION (1) PRORROGA (1)	
				TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NO APLICA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		NO APLICA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
				NO APLICA	
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 (1/5/2025) al (31/05/2025)					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: GUILLERMO RUBIO GUIZA CARGO: LIDER HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CLARA			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: DANIEL FELIPE URREGO GARCIA PERFIL: TECNOLOGO ADMINISTRATIVO			

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	102624763	ELIANE ALEJANDRA ECHEVERRÍA SANCHEZ	Calle 5 No 88F - 36 APTO: 101	3165454470	alejanes1026@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	2025-04	2025-04	1	12/05/2025	86211648
TOTAL A PAGAR					\$796,200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	349,200	0	No. Autorización Valor
					0
			Licencia Maternidad		Días Mora
			Valor		0
			No. Autorización		0
			Valor		0
			Días Mora		0
			Valor Mora Cotización		0
			Valor Mora UPC		0
			Total a Pagar		349,200
			No. Afiliados		1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
25-14	Colpensiones	900336004-7	447,000

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria

TOTALES CAJAS

Nombre				NIT			
Código CCF	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	349,200	349,200
Pensión	1	447,000	447,000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	796,200	796,200

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
				TOTAL A PAGAR	
				\$796,200	
				86211648	

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información