Secretaría 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

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:	$ 29.538.902		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.291.247
Nº DE INFORME:	1	**Nº CRP:**	11055	**Nº CDP:**	183
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	4 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:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 13.529.268	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1276	**CRP DE LA ADICIÓN:**	15021	**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:**	
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:**	
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

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ITEM	**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)**
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	63 HORAS LABORADAS DEL 01 AL 31 MAYO 2025

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9485890870	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	EPS FAMISANAR	**12/05/2025**	**$ 331.000**
PENSIÓN:	COLFONDOS	**12/05/2025**	**$ 423.700**
RIESGOS LABORALES:	ARL BOLIVAR	**12/05/2025**	**$ 64.500**
OTRO	CAJA COMPENSACIÓN COLSUBSIDIO	**12/05/2025**	**$ 53.000**
	TOTAL PAGADO		**$ 872.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

TATIANA MORA SALAZAR
CC: 1026291361
CEL: 3102194592

Secretaría 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 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:	TATIANA MORA SALAZAR	**CC:**	1026291361
		RUT (NIT):	1026291361
CORREO ELECTRÓNICO:	tmorasa20@gmail.com	**TELÉFONO:**	3102194592
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 11 A sur # 3 A 26	**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**	**N° CUENTA:**	**005778772**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**4927 2025**	**N° CDP:**	**1276**	**N°. RP:**	**15021**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 4 MESES 11 días**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**20/02/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/06/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 29,538,902**
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)	**$**					**2.291.247**
	DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS					

TATIANA MORA SALAZAR.
C.C. 1026291361
TEL: 3102194592

Secretaría 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**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**TATIANA MORA SALAZAR**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.026.291.361**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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.	**4927 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**20/02/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.009.634,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 29.538.902,00		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.291.247
N° PAGO / N° DE INFORME:	(3 de 3)	**N° CRP INICIAL:**	11055	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	183
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	4 MESES 11 DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485890870		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONSULTA EXTERNA				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD SAN JORGE Y OLAYA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DRA. ELIZABETH COY JIMENEZ - PROFESIONAL ESPECIALIZADA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (1)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ **13.529.268**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1276	**RP DE LA ADICIÓN:**	15021	**TIEMPO PRORROGADO:**	2 MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ 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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)

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.**

aportes en línea

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
2025-04	2025-04	1471986324	9485890870	I	2025/05/15	2025/05/12	BANCO ITAU	0	$872,200

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
1	CC 1026291361	MORA TATIANA	231001	30	$2,647,663	$423,700	EPS017	30	$2,647,663	$331,000	CCF22	30	$2,647,663	$53,000	14-7	30	$2,647,663	$64,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,647,663	$423,700			$2,647,663	$331,000			$2,647,663	$53,000			$2,647,663	$64,500		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$423,700	$0	$0	$423,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$423,700	$0	$0	$423,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,500	$0	$0	$64,500
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$64,500	$0	$0	$64,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$53,000	$0	$0	$53,000
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$53,000	$0	$0	$53,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$331,000	$0	$0	$331,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$331,000	$0	$0	$331,000
TOTAL				1	$872,200	$0	$0	$872,200

2025/05/11 09:42 PM