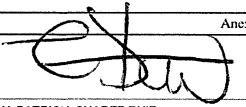
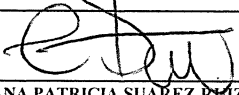
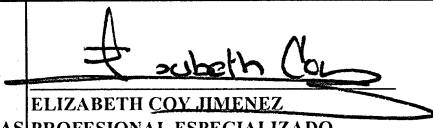


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 ODONTOLOGO 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 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		5,924,323		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 12.894.115		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		3 MESES Y 19 DIAS		Nº CDP:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		125	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ELIZABETH COY JIMNEZ			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº 1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	S 6,969,722	CDP DE LA ADICIÓN:	1276	CRP DE LA ADICIÓN:	15856
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
VALOR ADICIONADO	S -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		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 específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITEM					
1	Presto mi servicio y ejecuto las actividades que demanda el servicio, guiada por la normatividad del sistema.				
2	Diligencio RIPS de cada paciente atendido				
3	Apoyo los planes de mejora que ayudan a prestar adecuados servicios de salud				
4	Consultas Odontologica Resolutiva				
5	Notifico y participo en las mejoras del servicio				
6	Cumpló con las normas utilizando elemento de proteccion personal según los protocolos institucionales				
7	urgencias odontologicas				
8	Fomento y ayudo en la realizacion de actividades que fortalezcan los CAPS				
9	Diligencio la historia exlinica de acuerdo a guías y protocolos establecidos por la subred				
10	Acato y cumpla las disposiciones Requeridas por la institucion				
11	Cantidad de horas realizadas en el periodo : 174 horas				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9485954294		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		13/05/2025	
PENSIÓN:		COLFONDOS		13/05/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		13/05/2025	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 496,300	
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 ibe 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 cps, 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					
					
ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ 1233894771 CEL:3222463689					

 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: (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:	banco			
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				
TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 63924192625		
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)				
Nº DEL CONTRATO:	PS 5063 2025	Nº CDP: 1276	Nº. RP: 15856	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MES Y 19 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12,894,115
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)	\$ 3.260.064			
TRES MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL SESENTA Y CUATRO PESOS				
 ELIANA PATRICIA SUAREZ RUIZ CC: 1233894771 CEL: 3222463689				

1.233.894.771

[illegible]

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
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 (01/05/2025) 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 DIRECCION AMBULATORIO	

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1477387340	9483954294	1	2025/05/19	2025/05/13	NEQUI	0	\$496,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF	
CC 123894771		SIANEZ RUIZ ELIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 101 # 150 A 60	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3063179	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	14773873-40	9483954294	1	2025/05/19	2025/05/13	NEQUI	0	\$496,300

7
8
9
10
11
12
13

