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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.010.197.408

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5806 2024		FECHA INICIO CONTRATO		10/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO					$ 2.011.404,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.201.928,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.143.296
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:	51004	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484798055		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7630	TIEMPO PRORROGADO:	VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10394	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12844	TIEMPO PRORROGADO:	TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.339.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16090	TIEMPO PRORROGADO:	DIECINUEVE (19) DIAS
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		

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:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

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:	**ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS**	**CC:**	1010197408
		RUT (NIT):	1010197408 - 4
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIE.ZAHI11@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3113537659
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 17G N°80B -05 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ 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

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0570004870455468**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5806 2024**	**N° CDP:**	**1366**	**N°. RP:**	**16090**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/05/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 11.201.928**
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)	**$ 2.143.296** **DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE**					

Angi Carolina Venegas

ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS
CC: 1010197408
CEL: 3113537659

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:	**ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS**	**CC:**	1010197408
		RUT (NIT):	1010197408 - 4
CORREO ELECTRÓNICO:	ANGIE.ZAHI11@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3113537659
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 17G N°80B -05 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTÁ 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

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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	0570004870455468

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5806 2024**	**N° CDP:**	**1366**	**N°. RP:**	**16090**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/12/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/05/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 11.201.928**
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)	**$ 2.143.296** **DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE**					

Angie Carolina Venegas

ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS
CC: 1010197408
CEL: 3113537659

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGIE CAROLINA VENEGAS ROJAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.010.197.408

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 7120405-2024 CONVENIO APH				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5806 2024		FECHA INICIO CONTRATO	10/12/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.011.404,00				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.201.928,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.143.296	
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:	51004	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	4124
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y NUEVE (09) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484798055		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCIÓN DE URGENCIAS - CONVENIO 7120405 -2024 "APH"				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	4	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICION (4)	PRORROGA (4)
VALOR ADICIONADO	$ 1.816.752	CDP DE LA ADICIÓN:	36	RP DE LA ADICIÓN:	7630	TIEMPO PRORROGADO: VEINTITRES (23) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 4.022.808	CDP DE LA ADICIÓN:	326	RP DE LA ADICIÓN:	10394	TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ 2.011.404	CDP DE LA ADICIÓN:	1036	RP DE LA ADICIÓN:	12844	TIEMPO PRORROGADO: TREINTA (30) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 1.339.560	CDP DE LA ADICIÓN:	1366	RP DE LA ADICIÓN:	16090	TIEMPO PRORROGADO: DIECINUEVE (19) DIAS
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		

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:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: CLAUDIA PATRICIA MILANÉS ÁLVAREZ PERFIL: LÍDER PROGRAMA APH

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 1010197408		VENEGAS ROJAS ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71 sur # 98 B 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7853387	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	1485595017	9484798055	I	2025/05/06	2025/05/16	NEQUI	10	$425,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,500	$0	$229,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$200	$0	$16,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,600	$200	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
TOTAL				**1**	**$422,400**	**$2,900**	**$0**	**$425,300**

2025/05/16 08:05 AM

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 1010197408		VENEGAS ROJAS ANGIE CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 71 sur # 98 B 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7853387	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	1485595017	9484798055	I	2025/05/06	2025/05/16	NEQUI	10	$425,300

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			$828,116	$16,600			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$828,116	$16,600			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$828,116	$16,600			$0	$0		$0	$0
1	CC	1010197408	VENEGAS ANGIE	25-14	30 $1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$828,116	$16,600		0	$0	$0	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$828,116	$16,600			$0	$0		$0	$0