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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2025-06-09**

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

MARITZA SANCHEZ MEDINA

CON C.C Nº	51.811.673
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 3081 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**6.668.838**		**No. HORAS EJECUTADAS**	HONORARIOS FIJOS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		13.337.676		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.222.946,00**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		ANGELA MARIA MENDOZA MESA			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	Prestar el servicio de conformidad con la programación de agenda acordada con el supervisor del contrato, para el desarrollo de sus actividades.
2	Orientar y preparar a los pacientes para exámenes diagnóstico de acuerdo con los protocolos de manejo y tecnología requerida. según normas establecidas para cada procedimiento.
3	Notificar inmediatamente las acciones inseguras ocurridas en el espacio de trabajo.
4	Mantener limpio y ordenado la unidad de los pacientes asignados durante el turno.
5	Cumplir las normas institucionales de bioseguridad, vigilancia epidemiológica, gestión ambiental, salud ocupacional y demás políticas institucionales.
6	Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos, al igual que el cuidado de la infraestructura del servicio y/o área donde se encuentre desarrollando las actividades.
7	Realizar la desinfección de manera oportuna de la unidad del paciente de acuerdo a los protocolos institucionales.
8	portar el uniforme deteniendo en cuenta las normas higiene y bioseguridad de la subred.
9	Impartir educación al paciente y a la familia sobre los cuidados específicos a tener en casa de acuerdo a la situación clínica del paciente.
10	Mantener la reserva de la información clínica y personal de los pacientes
11	Apoyar la consolidación mensual de estadísticas y suministrar oportunamente la información requerida por la Subred, de conformidad con la necesidad del servicio.
12	Realizar la apertura de agenda, correspondiente al area de los servicios de complementarios
13	Realizar los pedidos mensuales de las areas con respecto a la necesidad de papeleria y suministros e insumos del servicio de apoyo terapeutico y hacer entrega de ellos en los diferentes servicios
14	Velar por que la atencion sea humana, eficaz, calidad con todos y cada uno de los usuarios que requieran el servicio.
15	Apoyar actividades relacionadas con el proceso de acreditacion de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.
16	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.
17	Apoyar en las diferentes actividades en las cuales sea requiera, de conformidad con la necesidad del servicio la subred Integrad de Servicos de Salud Centro Oriente ESE.
18	Se desarrollarán las actividades en cualquiera de las unidades correspondientes a la Subred Centro Oriente de acuerdo a la asignación realizada por el supervisor. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87134181	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**COMPENSAR**	11/06/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	11/06/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	11/06/2025	**$ 34.700**
OTRO	**CAJA DE COMPENSACION**	11/06/2025	**$ 28.500**
	TOTAL PAGADO		**$ 469.000**

V. 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Maritza S **MARITZA SANCHEZ MEDINA** **51811673**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR ALTERNO**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 **ANGELA MARIA MENDOZA MESA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA SANCHEZ MEDINA	**CC:**	51811673
CORREO ELECTRÓNICO:	MARITZALABO@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3153588220
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 4 B BIS 29 23	**CIUDAD:**	ZIPAQUIRA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
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.

Régimen 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 DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***7600747211***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº DEL CONTRATO:	**PS 3081 2025**	**VALOR DEL CONTRATO MENSUAL**	**$ 2.222.946**	
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025	**$ 13.337.676**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTI DOS NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS			
	2'222.946.			

Maritza S

MARITZA SANCHEZ MEDINA
C.C51811673
Cel: 3153588220

PS 3081/25

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51811673	MARITZA SANCHEZ MEDINA		Diag. 4b BIS No. 26-29 ZIPAQUIRÁ	3153588220	maritzalabo@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87134781	TOTAL A PAGAR	
					$469.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano Exterior	Extranjero	NAG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51811673	SANCHEZ MEDINA MARITZA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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