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-FF-077
VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

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

LILIANA PAEZ VARGAS

CON C.C Nº	52.444.359
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUMENTADOR QUIRURGICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1754 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	No. HORAS EJECUTADAS	$ 222
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	[illegible]	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 4.159.392
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (07) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	SAUL ARDILA DURAN

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 especificas realizadas durante el mes)
1	Se realizo el proceso de requerimientos para los servicios y unidades requeridos, se realia recorrido por las diferentes unidades para la recoleccion de firmas de los requerimientos
2	Se apoyo a la Direccion y a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas
3	Se realizo la elaboracion de los formatos y se tramitaron las firmas de los requerimientos de personal de acuerdo a la necesidad del servicio
4	Se solicito la disponibilidad presupuestal de los requerimientos nuevos del personal
5	Se elabora y valida Matriz y formatos de adiciones y prorrogas de contratacion de personal asistencial (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE y se gestiona su radicacion a la Direccion de Contratacion.
6	Se realizo la elaboracion de formatos de liberacion presupuestal de contratos de personal asistencial (OPS) de las diferentes unidades de la Subred Centro Oriente ESE, con revision y firma del supervisor del respectivo contrato
7	Se apoyo a la Direccion y a los supervisores para el cumplimiento y ejecucion de actividades y recursos de las ordenes de prestacion de servicios asignadas
8	Se realio la gestion en los procesos de apoyo administrativo de las sedes de UHMES
9	Se articularon las acciones de las direccion de Hospitalacion, Urgencias, Complementarios , Gestion del riesgo y Ambulatoria
10	Consecusion de los correspondientes documentos solicitados por la Secretaria Distrital de Salud
11	Se realio el apoyo en la supervision y seguimiento de contratos cuando estas fueron asignadas
12	Se informo al supervisor del contrato cualquier novedad que se presento en el cumplimiento de las actividades
13	Se realizo seguimiento al estricto cumplimiento de la documentacion del personal a vincular se con la entidad siguiendo los parametros de la lista de chequeo
14	Se reportaron las novedades del personal asistencial (OPS) de las diferente unidades para el pago establecido por la Subred Centro Oriente E.S.E
15	Se realiza una matriz, indicando la suficiencia de personal y consulta para los entes de control de OPS

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 20/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/6/2025	$ 213.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/6/2025	$ 273.400
RIESGOS LABORALES:	ARL BOLIVAR	11/6/2025	$ 0
OTRO	CAJA DE COMPENSACION	11/6/2025	$ 34.200
L PAGADO			$ 521.200

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realice 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 adjunte 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	LILIANA PAEZ VARGAS C.C 52444359
FIRMA DE QUIEN VALIDA	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	SAUL ARDILA DURAN 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:	LILIANA PAEZ VARGAS	CC:	52444359
CORREO ELECTRÓNICO:	paezlv@gmail.com	TELÉFONO:	3186411918
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 9A SUR N° 4-55	CIUDAD:	BOGOTA

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 decr

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron				SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	*AHORROS*	Nº CUENTA:	24057145260

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1754 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	$	4.300.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/1/2025	FECHA DE TERMINACIÓN	31/8/2025	$ 22.708.032
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$			**4.159.392**

LILIANA PAEZ VARGAS
52444359

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	52444359	LILIANA PAEZ VARGAS	CR 5 N 8 A 24 SUR	3186411918	paezlpv@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87307006	$521.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	213.600	0		0		0	0	0	0	213.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	273.400	0	0	0	0	0	0		273.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	34.200	0	0	34.200	1

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	213.600	213.600
Pensión	1	273.400	273.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	34.200	34.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	521.200	521.200

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