| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**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**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

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

## CARMEN ROSALBA ROJAS

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **CON C.C Nº** | 52.045.545 | |
| **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 1766 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 2/1/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRAT** | **$ 16.487.680** | **No. HORAS EJECUTADAS** | 168 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | 20.384.768 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 3.147.648** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SIETE (07) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 1SC HOSPITAL SANTA CLARA | | |
| **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<br>(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 | Contratacion. |
| 6 | Se realizzo 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 vincularse 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 | 39 | 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:** | 86645545 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** | |
| **SALUD:** | **SANITAS** | 19/05/2025 | **$ 224.900** | |
| **PENSIÓN:** | **PORVENIR** | 19/5/2025 | **$ 287.800** | |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | 19/5/2025 | **$ 43.900** | |
| **OTRO** | | | | |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 556.600** | |

**V. 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 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** | Rosalba Rojas<br>**CARMEN ROSALBA ROJAS**<br>**C.C 52045545** |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **VANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ**<br>**DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **SAUL ARDILA DURAN**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 7<br>FECHA: 2025-06-09 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

## FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | CARMEN ROSALBA ROJAS | **CC:** | 52.045.545 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | rosalbarojas20@gmail.com | **TELEFONO** | 3203348390 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CRA 3C 32B 60 SUR | **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 par

**Régimen Simple De Tributación** : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes — SI ( ) NO ( X)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **BANCO AL CUAL CONSIGNAR:** | **DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | ***AHORROS*** | **Nº CUENTA:** | 008480339418 |

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS1766 2025 | **ALOR DEL CONTRATO MENSUA** | $ | 3.200.000 |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 2/1/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN** | 31/8/2025 | $ 20.384.768 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025 | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)** | **$** | | | **3.147.648** |

Rosalba Rojas

**CARMEN ROSALBA ROJAS**
**52045545**

CamScanner

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 | 52045545 | CARMEN ROSALBA ROJAS | CR 3 C N 32 B 60 SUR | 6953065 | rosalbarojas20@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 19/05/2025 | 86645545 | $556.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 224.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 224.900 | 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 | 287.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 287.800 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 43.900 | | | | 43.900 | 0 | 0 | 43.900 | | | 439 | 43.900 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| 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 | 224.900 | 224.900 |
| Pensión | 1 | 287.800 | 287.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 43.900 | 43.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 556.600 | 556.600 |

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

CamScanner