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

ANGELA BELLANID LEAL CANARÍA

CON C.C Nº	52.847.024
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 1784 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 16.487.680	No. HORAS EJECUTADAS	$ 198
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	25.075.613	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.709.728
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (07) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC 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 (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 Hospitalizacion, 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 articulo 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:	4608010481- 4608660670	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	11/06/2025	$ 227.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/06/2025	$ 290.900
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	11/06/2025	$ 44.500
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 562.700

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	Angela Bellanid Leal Canaria ANGELA BELLANID LEAL CANARIA C.C 52847024
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:	ANGELA BELLANID LEAL CANARÍA	**CC:**	52847024
CORREO ELECTRÓNICO:	angelaleallcxa@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3014519820
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 52 A # 176-18	**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 decreto 1

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el				SI ( )	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	*AHORROS*	N° CUENTA:	4870371335

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1784 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	$	4.500.000
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN	31/08/2025	$ 25.075.013
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	$			**3.709.728**

Angela Bellanid Leal Canaria

ANGELA BELLANID LEAL CANARÍA
52847024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52847024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA BELLANID LEAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 52 A N 176 18 BRR NUEVA ZELANDIA	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4608010481**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/06/11		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992978896

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 281,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 400	$ 0	$ 281,600	$ 400	$ 282,000
SUBTOTALES:										**$ 281,600**	**$ 400**	**$ 282,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 220,000	$ 0	$ 300	$ 0	$ 220,000	$ 300	$ 0	$ 220,300
SUBTOTALES:													**$ 220,000**	**$ 300**	**$ 0**	**$ 220,300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 42,900	$ 42,900	$ 100	$ 0	$ 43,000
SUBTOTALES:									**$ 42,900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 43,000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52847024	LEAL CANARIA ANGELA BELLANID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1,550,000			NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,760,000	$ 281,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 281,600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,760,000	$ 220,000	$ 0	$ 220,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,760,000	52847024	$ 42,900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 545.300**

Planilla Pagada

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Salud Total

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52847024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA BELLANID LEAL
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 52 A N 176 18 BRR NUEVA ZELANDIA	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4608660670	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/06/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993035869
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4608010481	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/05/11

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 8,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 8,800	$ 100	$ 8,900
SUBTOTALES:										$ 8,800	$ 100	$ 8,900

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 6,900	$ 0	$ 100	$ 0	$ 6,900	$ 100	$ 0	$ 7,000
SUBTOTALES:													$ 6,900	$ 100	$ 0	$ 7,000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1,400	$ 1,400	$ 100	$ 0	$ 1,500
SUBTOTALES:									$ 1,400	$ 100	$ 0	$ 1,500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES						
TP	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																									ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1070011201	LEAL CANARIA ANGELA BELLANID	DEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,800,000			NO							A01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,760,000	$ 261,600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 261,600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,760,000	$ 220,000	$ 0	$ 220,000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,760,000	52847024	$ 42,900	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1070011201	LEAL CANARIA ANGELA BELLANID	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,950,000			NO							C01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 1,815,000	$ 290,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 290,400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1,815,000	$ 226,900	$ 0	$ 226,900	14-11 - ARL SURA	30	$ 1,815,000	52847024	$ 44,300	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 52847024	LEAL NUEVA ANGELA BELLANID	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,800,000			NO							R01-30									25-14 COLPENSIONES	0	$ 55,000	$ 8,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 8,800	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 55,000	$ 6,900	$ 0	$ 6,900	14-11 - ARL SURA	0	$ 55,000	52847024	$ 1,400	0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 17.400

Planilla Pagada