

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MARITZA PINILLA SANDOVAL					
CON C.C. N°			52.714.601		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 5484 2025		FECHA INICIO CONTRATO	19/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	3.829.904		No. HORAS EJECUTADAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:			3.829.904	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.672.026
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN MES (1) Y ONCE (11) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	ISC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ				
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	Realizar sensibilización a pacientes sobre derechos y deberes				
2	Realizar visitas domiciliarias para la ejecución del plan de tratamiento designado por el médico del PHD (programa de hospitalización domiciliaria)				
3	Garantizar que la moto cuente con maletero o alforjas para el transporte de los insumos requeridos para el programa de hospitalización domiciliaria				
4	El contratista deberá manifestar mediante escrito la propiedad del vehículo (moto) y/o la autorización del propietario para desarrollar las obligaciones contractuales en el transporte de las auxiliares de enfermería del programa de hospitalización domiciliaria				
5	Deberá disponer de los documentos completos en regla (certificado médico para conducir, licencia, documentos de propiedad de la moto, certificado de gases, SOAT_1C)				
6	Deberá contar con los implementos de seguridad y protección como casco y chaleco reflectivo, rodilleras y canilleras, de acuerdo a la norma				
7	El contratista es responsable del mantenimiento de la moto y el combustible de la misma				
8	Cumplir con las normas de seguridad, según los parámetros establecidos en materia de tránsito y transporte en el país, teniendo en cuenta las normas de manejo preventivo				
9	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E				
10	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales				
11	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.				
12	Portar vestimenta en los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E				
13	Cumplir con las obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual e indicadas por el supervisor de acuerdo a las necesidades de los servicios en las diferentes unidades de la subred.				
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 cláusula "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:	8387394458		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	13/06/2025	\$ 71.700		
PENSIÓN:	PORVENIR	13/06/2025	\$ 91.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/06/2025	\$ 25.000		
OTRO					
TOTAL PAGADO			\$ 188.500		
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 ítem se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rti)					
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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente.					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 MARITZA PINILLA SANDOVAL CC N° 52714803		
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:			 YANITH PIRAGAUTA GUTIERREZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		



DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARITZA PINILLA SANDOVAL	CC:	52714601
CORREO ELECTRÓNICO:	MPINILLAS@OUTLOOK.COM	TELÉFONO:	3232286511
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69J SUR 45B 51	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

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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	176292878
---------------------------------	------	------------------------	---------	-------------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5484 2025	VALOR DEL CONTRATO MENSUAL	\$	2.672.026
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN	31/08/2025	\$ 3.829.904
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (NUMEROS)	\$	2.672.026		


MARITZA PINILLA SANDOVAL
52714601
3232286511

