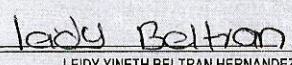
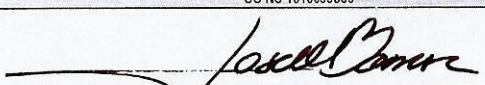
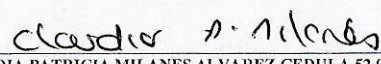


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT- 077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ			
CON C.C. N°		1.016.083.886	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLÓGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO 7120405-2024 "APH"		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4623 2025	FECHA INICIO CONTRATO	11/02/2025 ✓
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.017.126 ✓	No. HORAS EJECUTADAS	NO APLICA
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.644.056 ✓	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.150.270 ✓
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	5 MESES 20 DIAS ✓		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS ✓		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 ✓		
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	Atendi lo relacionado con los tramites y seguimiento a las actividades de los contratos suscritos para el Convenio de Atención Prehospitalaria.		
2	Gestione lo relacionado con el Programa de Seguridad y Salud en el trabajo en las unidades móviles y el personal adscrito a la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria.		
3	Participe en la actualización de los procedimientos de los formatos guías, protocolos y demás documentos que demande la Unidad Funcional Atención Pre-Hospitalaria.		
4	Contribui activamente en la construcción, consecución de metas y mejora de los indicadores de gestión de su competencia acorde a las metas de la Subred Centro Oriente E.S.E. y el plan operativo anual.		
5	Mantiene una comunicación efectiva con las diferentes áreas con las que se relaciona la operatividad de la Unidad Funcional Atención Prehospitalaria.		
6	Elabore, tramite y realice seguimiento de las actividades relacionadas con el objeto contractual de la Unidad Funcional Atención Prehospitalaria Convenio interadministrativo suscrito entre la Subred Centro Oriente y la secretaria Distrital de Salud.		
7	Tramite mensualmente dentro de los tiempos establecidos por la Subred Centro Oriente los formatos de "formato informe y cuenta de cobro", "certificado de pago de aportes sociales", "formato en Word de cuenta de cobro", para el pago de sus respectivos honorarios.		
8	realice las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 "APH". Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 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	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal	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 (01/07/2025) AL (10/07/2025) ✓			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	8387993379	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	16/07/2025 ✓	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	16/07/2025 ✓	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	16/07/2025 ✓	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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 ibc 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ CC No 1016083886	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH	



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: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ	CC:	1.016.083.886
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIBELTRAN1912@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3126604227
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 85 SUR 91 91	CIUDAD:	BOGOTÁ

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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488404631928
--------------------------	------------	-----------------	---------	------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4623 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.150.270
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 10/07/2025		

Leidy Beltran

LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ
CEDULA: 1016083886
CELULAR: 3126604227

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ
No. Identificación: CC1016083886
Dirección: CL 85 SUR 91 91
Telefono: 3126604227
Correo: lei.beltran1912@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387993379

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1016083886
Número de planilla	8387993379
Fecha pago	2025-07-16
Número de autorización pago	41013608
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	440500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	34700	1
230301	Porvenir	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016083886
APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDY YINETH BELTRAN HERNANDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

