	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE						
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.031.172.472					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5334 2024			FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.330.760	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.330.760		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.998.070	
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:	44646	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	SE DILIGENCIA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN VISITAS DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INIDIVIDUAL ASI COMO ASISTENCIA A FORTALECIMIENTOS O CAPACITACIONES CONOVCADAS POR LA SECREATRIA DE SALUD (SDS) Y DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR (EBEH) CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL
2	SE ASISTE A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA CONVOCADAS DESDE LA SECRETARIA DE SALUD (SDS) Y DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS TRANSVERSALES. EL DIA 01/11/2024 SE ASISTE A REUNION SOBRE EVENTOS DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA Y NOTIFICACION EN EL USS 36 SALON COMUNAL ASUNCION BOCHICA. EL DIA 06/11/2024 SE ESTABLECE CONEXION A FORTALECIMIENTO VIRTUAL DE PROCESO DE CANALIZACIONES EBEH. SE REALIZA ASISTENCIA EL DIA 08/11/2024 A CAPACITACION APLICATIVO GTAPS EN LA SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
3	SE REALIZAN (82) OCHENTA Y DOS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL CON PRESTACION DE SERVICIOS DESDE LA PROFESION DE PSICOLOGIA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
4	SE REALIZAN (82) OCHENTA Y DOS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL ORIENTADO A LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL EN FORTALECIMIENTO DE LAS PAUTAS DE CRIANZA, FORTALECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMEINTO, CONFORNTANTE 7, ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y APOYO PSICOLOGICO EN DUELO
5	SE REALIZAN (82) OCHENTA Y DOS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATEGIA IMPLEMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA
6	SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FORMATO CANALIZACION SIRC DE ACUERDO CON LOS RIESGO IDENTIFICADO, SE REALIZA CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION
7	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE (82) OCHENTA Y DOS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE Y SAN CRISTOBAL CON PROCESO DE CONTACTO INICIAL CON LA FAMILIA, CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL CON APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN EL EVENTO ABORDADO Y ESTRATEGIA IMPLEMENTADA, CONCERTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO Y EVALUACION Y CIERRE CON NUEVA APLICACION DE TAMIZAJES SEGUN CORRESPONDA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD

8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9477097442	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	14/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	14/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	14/11/2024	$ 31.700
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.

VII. 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

Lina Fernandez T

LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.031.172.472
CEL: 3219828513

	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: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE	CC:	1.031.172.472
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	LINAFER769@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3219828513
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18 31 B 54 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
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.

Regimen 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:	BANCO CAJA SOCIAL				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24094647967

NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5334 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44646	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES : $ 5.330.760
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 3.998.070					
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE					

Lina Fernandez T.

NOMBRE: LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE
CC 1.031.172.472
CEL 3219828513

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA MAYERLI FERNANDEZ TIQUE				
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.031.172.472				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5334 2024		FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.330.760				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 5.330.760		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 3.998.070	
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL: 44646	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9477097442		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICION – PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 **01/11/2024 AL 30/11/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **SANTIAGO SERRANO ROJAS** **PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031172472		FERNANDEZ TIQUE LINA MAYERLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 31B-54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6089547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1049173278	9477097442	I	2024/11/20	2024/11/14	NEQUI	0	$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1031172472	FERNANDEZ LINA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-7	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031172472		FERNANDEZ TIQUE LINA MAYERLI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 18 31B-54 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6089547	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1049173278	9477097442	I	2024/11/20	2024/11/14	NEQUI	0	$428,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$428,200**	**$0**	**$0**	**$428,200**



¡Hola, LINA FERNANDEZ!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1049173278
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9477097442
Valor de la Transacción: $ 428.200
Fecha de Transacción: 14/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▸Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.