	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-14-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y						
MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			31.930.535			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AVANZADA 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 5363 2024		FECHA INICIÓ CONTRATO		24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	$ 3.288.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.288.499			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	574.087
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:		44509	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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	N/A	CRP DE LA ADICIÓN:	N/A	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	X
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		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 específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	21/10/2024. SE ASISTE A SOCIALIZACION Y FORTALECIMIENTO DEL NUEVO CONVENIO POR PARTE DE LA SDS Y LA SUBRED
2	24/10/2024. SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO PARA INDUCCION GENERAL DEL NUEVO CONVENIO, ASIGNACION DE TERRITORIOS, SOCIALIZACION DEL MANEJO, CAMBIOS EN EL APLICATIVO, REUNION VIRTUAL DE FORTALECIMIENTO EN NOTIFICACIONES Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.
3	28/10/2024. DE 08:00AM A 01:00PM. ASISTENCIA VIRTUAL A FORTALECIMIENTO SOBRE LAS ACTIVACIONES DE RUTAS Y CANALIZACIONES. DE 02:00PM A 05:PM INDUCCION A LOS PRODUCTOS DE ABORDAJE TERRITORIAL EIRZH. DE 06:00PM A 07:30PM FORTALECIMIENTO VIRTUAL RIAS Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.
4	29/10/2024. PROCESO DE PLANIMETRIA, RECONOCIMIENTO COMO EQUIPO Y REVISION DE SALIDA A CAMPO Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.
5	30/10/2024. ASISTENCIA A REENTRENAMIENTO EN EL COMPONENTE GEOGRAFICO PARA EL ABORDAJE EN CAMPO Y SE REALIZA FIRMA DE LISTADOS DE LA SUBRED COMO SOPORTE DE ASISTENCIA TECNICA.
6	31/10/2024. SE REALIZA APROPIACION CONCEPTUAL A LINEAMIENTOS DEL NUEVO CONVENIO MAS BIENESTAR Y SE REALIZA ENTREGA DE ACTA COMO SOPORTE A LA ACTIVIDAD.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N/A	OPERADOR:	N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	N/A	$ -
PENSIÓN:	COLPENSIONES	N/A	$ -
RIESGOS LABORALES:	EQUIVIDA	N/A	$ -
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 0

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 adjuntar certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, etc)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop 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 demostrar el cumplimiento de las obligaciones del contrato)

Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente.

MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 51.838.535
CEL: 3104585375

Secretaría Distrital 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-4A-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	**MARÍA EUGENIA AREVALO VARGAS**	**CC:**	51.930.535
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	MAREVALO.SUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3104885375
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 82 19 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

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.

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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	550006400685312

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5363 2024**	**Nº CDP:**	**3662**	**Nº. RP:**	**44809**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	**24/10/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUIDO ADICIONES :** $ 3.280.499
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 574.087					
	QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE					

María Eugenia Arevalo

NOMBRE: MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS
CC 51.930.535
CEL 3104885375

	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			MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.930.535		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE AVANZADA 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 5363 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.280.499				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.280.499		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 574.087	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:	44889	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	N/A		OPERADOR:	N/A	
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					
Nº DE MODIFICACION:	Nº ( )	TIPO DE MODIFICACION (ADICION – PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
Nº 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 DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024

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

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS identificado(a) con CC 51930535 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**19/04/2011**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR SEDE CENTENARIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 14 días del mes de noviembre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **51930535,** se encuentra afiliado/a desde **01/05/2011** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES.**

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 14 de noviembre de 2024.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	51930535	MARIA EUGENIA AREVALO VARGAS	RIESGO 3	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 14 de Noviembre del año 2024.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA