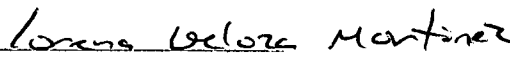
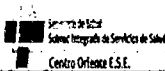
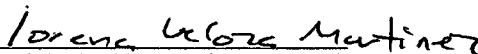
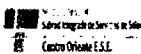
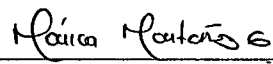


 Ministerio de Salud Ministerio Integrado de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.014.207.770		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5322 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
23/10/2024						
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	6.478.985	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.722.262		
Nº DE INFORME:	4		Nº CRP:	44635	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49601	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:			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 específicas del contrato realizadas durante el mes)					
1	PARTICIPAR EN CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SOPORTADOS EN CALIDAD DE LA GESTION REALIZADAS EN EL CAMPO					
2	CUMPLIR CON LAS LEYES, DECRETOS, ACUERDOS, RESOLUCIONES CIRCULARES SE CUALQUIER ÓRGANO EXTERNO O REGLAMENTO INTERNO, CÓDIGO O DIRECTRIZ INTERNA DE LA E.S.E QUE TENGA RELACIÓN CON LA EJECUCIÓN DEL OBJETO DEL PRESENTE CONTRATO					
3	ABORDAR A LOS USUARIOS, Y REALIZACIÓN RESPECTIVAS CANALIZACIONES, SEGÚN EL REQUERIMIENTO O CALIFICACIÓN DE RIESGOS IDENTIFICADOS, COMO TRASCURSO DE VIDA, AFILIACIÓN, VACUNACIÓN, GENERO, PATOLOGÍAS SIN UNA RESPECTIVA ATENCIÓN ANTE SU EPS					
4	SE ENTREGAN 26 PRODUCTOS DE ACUERDO CON LA META SOCIALIZADA PARA EL MES DE DICIEMBRE EN LA LOCALIDAD ABORDADA CON CRITERIOS DE CALIDAD SOPORTE DE CERTIFICACIÓN MENSUAL					
5	REALIZAR TODAS AQUELLAS ACTIVIDADES NECESARIAS TENDIENTES AL CABAL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL NEGOCIO JURÍDICO E INFORMAR DE MANERA OPORTUNA LAS DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN EN LA EJECUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS					
6	DESARROLLAR CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE PROMOCION, CUIDADO Y USO RACIONAL DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE CALIDAD DE LA SUBRED NORTE RELACIONADOS CON LA GESTIÓN AMBIENTAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, GESTIÓN DOCUMENTAL Y ARCHIVO SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN, RESPONSABILIDAD SOCIAL, SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y CONTROL INTERNO, ACORDE CON EL DESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS REALIZAR TAMIZAJES DE ABORDAR FAMILIAS EVALUANDO SU PERFIL DE MANERA INDIVIDUAL Y SUS RUTAS DE ATENCIÓN PARA LA GESTION DE RIESGO EN SALUD SOPORTADOS EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR SDS					
7	26 CARACTERIZACIONES DE FAMILIAS EN LA LOCALIDAD QUE ABARCAN LA SUBRED CENTRO ORIENTE SE ENTREGA SOPORTES, FORMATOS DE FIRMAS, BASES DE DATOS, CUMPLIENDO CON EL CARGUE EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LOS DIRECTIVOS, LÍDERES DE APOYO, Y GESTORES ADMINISTRATIVOS SIGUIENDO LOS LINEAMIENTOS DE LA SE REALIZA ACTIVIDADES DE ABORDAJE TERRITORIAL, Y SE BRINDA ACCIONES DE INFORMACIÓN Y DE EDUCACIÓN PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD					
8	V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
9						
No. DE PLANILLA:	1068077462		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		07/12/2024		\$ 162.500	
PENSIÓN:	PORVENIR		07/12/2024		\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA		07/12/2024		\$ 31.700	
OTRO						
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMVL (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art. pensión, 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 sellado 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 período correspondiente						
						
LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						
CC: 1.014.207.770						
C.F.I.: 3009915200						

		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: 31/12/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ			CC:	1.014.207.770
CORREO ELECTRÓNICO:	nicom2093@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 121 63A 30			TELÉFONO:	3009915209
				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.					
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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					0550006400760978
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5322 2024	N° CDP:	4120	N° RP:	
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/01/2025	
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.478.985	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.722.262 UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE				
					
NOMBRE: LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ CC 1.014.207.770 CEL 3009915209					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO- GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.014.207.770		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5322 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.478.985		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.722.262
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	44635	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DÍAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068077462		OPERADOR:	SIMPLE	
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:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (2)	PRÓRROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49601
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	49601
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 10/12/2024 AL 31/12/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-08, 04:18:44 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1068077462

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

Referencia pago (PIN):

8822622854

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ		
Documento	CC1014207770	Dirección	CR 121 #63 A - 30
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3009915209
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Cajas	Aporte Cajas	Aporte SENA	Aporte ICBSF	CSAP	Aporte Ginkster	Total	
CC 1014207770	LORENA TATIANA VELOZA MARTINEZ	CS	CO																2203011	PORVENIR	\$ 1.300.000	\$ 208.000	(EP2003) COMPENSAR EPS	\$ 1.300.000	\$ 162.600	3,435	\$ 1.300.000	\$ 21.700	(NNA-OC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBSF	Aportes CSAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.600	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200

