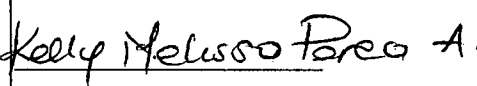
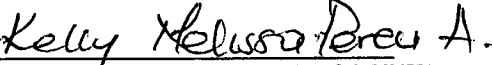
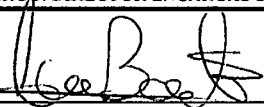


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.112.767.059
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5357 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: 44666 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	DOS (2) MES 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 ↑
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	ADICIONES 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49618 TIEMPO PRORROGADO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	ADICIONES 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	CONSOLIDADOS VSPS (4) LUNES DE CADA MES	
2	TABLERO DE CONTEO (PROMOTORES EN SALUD) MARTES DE CADA MES (4)	
3	DERIVACIONES DE USUARIOS Y PREDIOS DE MANERA DIARIA	
4	DESCARGAS Y CONSOLIDADO DE PLANOS DEL APLICATIVO GITAPPS DE MANERA DIARIA	
5	SEGUIMIENTO AGENDAMIENTO	
6	CARGUE DE MANZANAS ENVIADAS POR LOS GEOGRAFOS AL APLICATIVO GITAPPS DE MANERA DIARIA	
7	ASIGNACION DE PREDIOS AL APLICATIVO GITAPPS DE LOS PROMOTORES	
8	DEPURACION DE BASES Y VALIDACION DEL DATO	
9	CARGUE DE INFORMACION AL TABLERO DE SEGUIMIENTO A META	
10	INDUCCION APLICATIVO TALENTO HUMANO	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9477943980	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SURA	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	\$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	\$ 26.000
TOTAL PAGADO		\$ 428.200
VI. 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMVLV (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		
 KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.112.767.059 CEL: 3123016465		

 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:	KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA		CC: 1.112.767.059
CORREO ELECTRÓNICO:	aguaperea@gmail.com		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 37 A BIS SUR 2 A 29 ESTE		TELÉFONO: 3123016465
			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:	BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		Nº CUENTA:	74122151
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5357 2024	Nº CDP:	4120
		Nº RP:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:			DOS (2) MES 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 NÚMEROS)	\$ 1.722.262		
	UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE		
 NOMBRE: KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA CC 1.112.767.059 CEL 3123016465			

 <div>Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	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			KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.112.767.059			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5357 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:	44666	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9477943980		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:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49618
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	
					TIEMPO	PRORROGA (2) NUEVE (9) DIAS
					TIEMPO	UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿FACTO 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 clausula "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: ANA ROSA BARRETO CALDERON PERFIL: PROFESIONAL APOYO				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1112767059		PEREA AGUALIMPIA KELLY MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 308 SUR 1 69 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4537343	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-11	2024-11	1108051020	9477943980	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	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	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				0	\$428,200	\$0	\$0	\$428,200	

