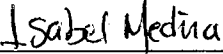
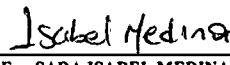
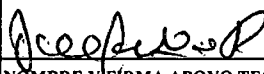


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.016.042.418
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5539 2024	FECHA INICIO CONTRATO 6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.464.994	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO VEINTISEIS (26) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.662.485	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.798.649
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP: 47469 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CINCO (5) 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	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49750 TIEMPO PRORROGADO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	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	SE ASISTE A REUNION DE EQUIPO	
2	SE ASISTE A PREADITURIA CONVOCADA POR EL APOYO TÉCNICO	
3	SE CARACTERIZAN USUARIOS	
4	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS ASIGNADOS	
5	SE REALIZA GESTION DOCUMENTAL	
6	SE REALIZAN TAMIZAJES A LOS USUARIOS CORRESPONDIENTES	
7	SE REALIZA BUSQUEDA ACTIVA DE USUARIOS	
8	SE REALIZA CARGE AL APLICATIVO	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. de PLANILLA:	82486248	OPERADOR: MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	09/12/2024 \$ 208.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/12/2024 \$ 162.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024 \$ 31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	09/12/2024 \$ 27.300
TOTAL PAGADO		\$ 429.500
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 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.		
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		
		
SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.016.042.418 CEL: 3125188908		

 Secretaría 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-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
	DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:	SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ			CC:	1.016.042.418	
CORREO ELECTRÓNICO:	saray921@hotmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 16 J 99 45			TELÉFONO:	3125188908	
				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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24056574485	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5539 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y CINCO (5) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 8.662.485	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.798.649 DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE					
 NOMBRE: SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ CC 1.016.042.418 CEL 3125188908						

		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			SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.016.042.418		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5539 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				6/11/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		3.464.994	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.662.485		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.798.649	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 47469	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y CINCO (5) DÍAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		82486248		OPERADOR: MI PLANILLA	
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		\$ 1.199.421		ADICION (2)	
		CDP DE LA 4053		RP DE LA 49750	
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		TIEMPO	
		CDP DE LA 4120		RP DE LA	
				TIEMPO	
				PRORROGA (2)	
				NUEVE (9) DIAS	
				UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				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	
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: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	2024-11	PERIODO PENSIONES	2024-11	52486248
				1
				0
				TOTAL A PAGAR
				\$429.500

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS008	Comensar EPS	86006942-7
		182.500

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	MIT	Colaboración Obligatoria	UPC: Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Contribución	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860069842-7	182,500	0	0	0	0	0	4	500	0	163,000	1

TOTALES PENSION				
Código AFP	Nombre	MT	Cotización Obligatoria	
25-14	Corporación		90039004-7	208,000
TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	MT	Cotización Obligatoria	Inscripción
14-11	ARL SURA		990603760-5	31,700
				TOTALES CAJAS
Código CCF				Nombre
CCF24				Compensar Cda

TOTALES RIESGOS LABORALES				
Código ARL	Nombre	MIT	Cotización Obligatoria	
14-11	ARL SURA	650633780-5	31,700	
				No. Autorización
				Incapacidades
				Venc.

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF74	Comensar Cda	860088942-7	26.000	4	100	26.100	1

TOTALES PARA FRACTALES					No. Aliados
Valor Aperto	Dias Mora	Valor Mora Aperto	Total a Pagar		
SENA					
0	4	0	0	0	0
ICBF					
0	4	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora
Salud	1	162,500
Pensión	1	208,000
Riesgos Laborales	1	31,700
CCF	1	26,000
ESAP	0	0
ICBF	0	0
MIEN	0	0
SENA	0	0
TOTALES	4	428,200

