

MAYERLY MARTINEZ LOPEZ

1.022.390.598

PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

11/07/2024

VEINTITRES (23) DIAS

\$ 240.672

2310

5 MESES 20 DIAS

6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

IL MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:		N/A

ÍTEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificadas realizadas durante el mes)
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Objetivo principal de la gestión informática es la planeación técnica del procesamiento del dato, desde su captura hasta la notificación. de esta manera, los subsistemas de vigilancia epidemiológica en salud mental recopilan los casos notificados en su aplicativo, a través de ficha o reporte de alertas de la secretaria de educación distrital (sed), desde de los diferentes espacios intersectoriales, líneas y plataformas de atención en salud mental, entidades de orden distrital o nacional u otros medios dispuestos para la recepción de los casos por evento y desde el componente de gestión de la información. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPDG
2	1. OBLIGACIÓN: PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Entrega de plan de trabajo de ejecución de la ops del mes agosto de proyección del mes noviembre NOVIEMBRE\\192.168.103.57 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA \SIVIGILA_2024\GESTION_INFORMATICA\15_DOCUMENTACION_TECNICOS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): https://subredcentrooriente-my.sharepoint.com/:x/r/personal/givpscentrooriente_subredcentrooriente_gov_co/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B673D2DD8-2ED4-4F85-9C68-07786BB6E91C%7D&file=CRONO_NOVIEMBRE_2024.xism&action=default&mobileredirect=true
3	1. OBLIGACIÓN: APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN Y/O SOPORTES QUE SE SOLICITE CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Garantizar el 100% de la concordancia de la notificación física versus el aplicativo; generar información respecto al proceso de notificación de UPGD y UI, como insumo para el proceso de asistencias técnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Revisión de casos enviados por UPGD, UI y entidades que realizan reportes para salud mental de los eventos SIVIM, VESPA, SISVECOS y SIVELCE por medio del correo epidemiologia@subredcentrooriente.gov.co garantizando la calidad y oportunidad de la notificación, se realiza retro alimentación de los eventos con mala calidad de notificación
4	1. OBLIGACIÓN: APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Apoyo de solicitudes de información requeridas desde nivel local y central; generar articulación y ser apoyo con el talento humano dispuesto para la realización de las asistencias técnicas públicas y privadas a UPGD y UI de los subsistemas de salud mental con el fin de realizar entrega de las novedades de cada UPGD en el proceso de notificación, pertenencia, calidad y flujo de información según base de datos de los subsistemas de salud mental. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): CORREO ELECTRONICO AL REFERENTE DEL SUBSISTEMA CON SOPORTES DE LA FICHA DE CAPTURA ENVIADA POR UPGD Y JUSTIFICACIONES DE AJUSTES.
5	1. OBLIGACIÓN: REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO PSPIC VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DIGITACION DE FICHAS CORRESPONDIENTES A LOS SUBSISTEMAS CON EL OBJETIVO DE FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LAS ASOCIACIONES ENTRE EVENTOS PRIORITARIOS EN SALUD MENTAL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPDG
6	1. OBLIGACIÓN: DIGITAR LA INFORMACIÓN, DEPURAR, ADMINISTRAR Y CONSOLIDAR LAS BASES DE DATOS, DOCUMENTOS E INFORMES GENERADOS POR LAS ACCIONES O INTERVENCIONES DE LOS ENTORNOS Y PROCESOS TRANSVERSALES, GARANTIZANDO LA CALIDAD, OPORTUNIDAD, INTEGRIDAD, CONSISTENCIAS Y VERACIDAD 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: AJUSTES Y DEPURACION DE LA BASE DE DATOS SEGUN GUIA DE DEPURACION Y OTROS FILTROS SOCIALIZADOS DESDE NIVEL CENTRAL, DEPURACION DE LA BASE DE DATOS DE LOS SUBSISTEMAS SEGUN RESULTADOS DE LA IEC; 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): ARCHIVO DE DEPURACION QUE CONTIENE ID, FECHA, DE AJUSTE Y VALIABLES AJUSTADAS.
7	1. OBLIGACIÓN: ORGANIZAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: SE REALIZA ORGANIZACION DIARIA DE EVENTOS REPORTADOS DESDE UPGD Y UI. SE REALIZA ORGANIZACION DE GESTION DOCUMENTAL GENERADAS POR IEC, GENERACION ORGANIZACION Y ACTUALIZACION DE FUID PAR SUBSISTEMAS DE SALUD MENTAL. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): \\192.168.103.57\Vigilancia Epidemiologica\250_46_8_PSPIC_SIVIGILA_2024\250_46_8_SALUD_MENTAL\2.GESTION_INFORMATICA\9.NOTIFICACION_UPDG
8	1. OBLIGACIÓN: REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN CONTENIDAS EN EL FORMATO DE NECESIDAD DE PERSONAL QUE HACE PARTE INTEGRAL DEL PRESENTE CONTRATO. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: REALIZAR LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SOLICITADAS POR LOS REFERENTES O LIDERES DE LOS DEMAS SUBSISTEMAS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): POR MEDIO DE ACTAS SOLICITADAS SE RECIBEN LOS PRODUCTOS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	82438680	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	6/12/2024	\$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	6/12/2024	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	6/12/2024	\$ 31.700
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 402.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó 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 SMMILV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, 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 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

Mayerly Martinez Lopez
NOMBRE/Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYERLY MARTINEZ LOPEZ
CC: 1.022.390.598
CEL 3143999204

SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYERLY MARTINEZ LOPEZ	CC:	1.022.390.598
CORREO ELECTRÓNICO:	maymartinezlopez1308@gmail.com	RUT (NIT):	1022390598-5
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 11 A 30 D 03	TELÉFONO:	3143999204
		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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0550008300796151
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4319 2024	Nº CDP:	4011 - 4170	Nº. RP:	48703 - 51173	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 5 MESES 20 DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/07/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/12/2024			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 10.950.576

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 3/12/2024 AL 31/12/2024

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 240.672
	DOSCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS

Mayerly Martinez Lopez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MAYERLY MARTINEZ LOPEZ

CC: 1.022.390.598
CEL: 3143999204

VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 3/12/2024 al 31/12/2024

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA DUARTE GARZON

CARGO:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

ANA MILENA ORREGO VEGA

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022390598	MAYERLY MARTINEZ LOPEZ	CL 41 SUR 3C 75 ESTE	3143999204	martinezlopez9401@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82438680	\$402.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS											
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022390598	MAYERLY MARTINEZ LOPEZ	CL 41 SUR 3C 75 ESTE	3143899204	martinezlopez9401@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
2024-11	2024-11	I	06/12/2024	82438680	\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSION						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Extranjero	Colaborador	Exonerado	PS	TS	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	TSB	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	1022390598	MARTINEZ LOPEZ, MAYERLY	59	0			N																230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	0	EP005	1,300,000	162,500	14-7	1,300,000	5	31,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

COMPENSAR-OI

Fecha de solicitud

5 de diciembre de 2024

CUS

1104956475

Referencia Nequi

M14556885

¿Cuánto?

\$ 402.200,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1022390598

Factura de comercio

82438680

Tu plata salió de:



Disponible