



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
FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 52.836.440

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 2120 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2/1/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 28.160.080 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 28.160.080 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 6.796.327

Nº DE INFORME: 1 **Nº CRP:** 6674 **Nº CDP:** 1

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	PRORROGAS

III. POLIZAS

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO

Nº DE PÓLIZA: **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**

FECHA DE LA PÓLIZA: **FECHA DE APROBACIÓN:**

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)

- | ITEM | DESCRIPCIÓN |
|------|---|
| 1 | Asesorar a los profesionales en medicina, líderes y directores ante dificultades en la certificación de hechos vitales, eventos en interés de salud pública y rutas integrales de atención. |
| 2 | Realizar los análisis de la información en salud de acuerdo a las directrices de la entidad y las necesidades de la dirección del gestión del riesgo en salud. |
| 3 | Informar y generar las alertas del riesgo y planes de mejora a los que haya lugar para garantizar la calidad y oportunidad del dato, retroalimentar a los involucrados. |
| 4 | Realizar la medición, análisis y entrega de los indicadores asignados y aquellos que sean requeridos por la dirección de gestión integral del riesgo en salud, realizando el monitoreo de los mismos en cada una de las unidades de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E. |
| 5 | Presentar ante la autoridad sanitaria correspondiente los eventos de notificación contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |
| 6 | Apoyar el análisis, estructura y consolidación de la matriz de indicadores poa, así como el cargue al sistema almera |
| 7 | Apoyar el seguimiento al plan de acción de la dirección de gestión del riesgo en salud. |
| 8 | Apoyar el análisis y estructura del documento de informe de junta directiva e informes de gestión. |
| 9 | Participar en la implementación de rutas integrales de atención en salud. |
| 10 | Aportar la documentación de los procesos e intervenciones que desarrolla la dirección de gestión del riesgo en salud. |
| 11 | Informar y generar las alertas del riesgo y planes de mejora a los que haya lugar para garantizar la calidad y oportunidad del dato posteriormente realizar la retroalimentación a cada involucrados. realizar la gestión documental de cada actividad realizada durante el mes, la actividad deberá ser realizada de manera mensual. |
| 12 | Radicar en gestión documental los soportes obtenidos durante la ejecución del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retención documental, al finalizar la ejecución del contrato no se deberá contar con archivo pendiente para almacenamiento. |
| 13 | Las demás que la supervisión considere necesarias durante la ejecución del presente contrato Contenedas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. |

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83311569	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	16/01/2024	\$ 352.800
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/01/2024	\$ 451.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/01/2024	\$ 68.800
OTRO	0		\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 873.100

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

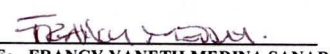
- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el 40% se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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 período correspondiente

FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.836.440
CEL: 3103184006

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: 31/01/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA			CC:	52.836.440	
CORREO ELECTRÓNICO:	francyefe@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 97 No 24 b 86 casa 93			TELÉFONO:	3103184006	
				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.						
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:	SCOTIANBANK COLPATRIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					1008419961	
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 2120 2025	N° CDP:	1	N° RP:	6674	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
						TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUIDO ADICIONES :	
					\$	28.160.080
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 02/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$					6.796.327
	SEIS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS MCTE					
 NOMBRE: FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA CC 52.836.440 CEL 3103184006						



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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

FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.836.440

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.

PS 2120 2025

FECHA INICIO CONTRATO

2/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

28.160.080

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

28.160.080

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

6.796.327

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1 de 1

Nº CRP INICIAL:

6674

Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO

1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

83311569

OPERADOR:

MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

CAPS PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ 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 02/01/2025 AL 31/01/2025

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

SUSAN VERGARA
SUSAN DAYANA VERGARA AMAYA
ENLACE OPERATIVO
DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52836440	FRANCY YANETH MEDINA SANABRIA	CRA 97 N 24B 86 CASA 93	3103184006	francyjefe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

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	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	83311569	\$873.100	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	352.100	0		0		0	3	700	0	352.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	450.600	0	0	0	0	3	900	0	451.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	68.600				68.600	3	200	68.800			686	68.800	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	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	352.100	352.800
Pensión	1	450.600	451.500
Riesgos Laborales	1	68.600	68.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	871.300	873.100