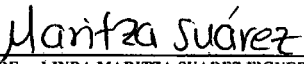
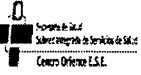
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEREDO		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.032.357.255
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA 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 5623 2024	FECHA INICIO CONTRATO 20/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.732.497	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO TRECE (13) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.928.058	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.998.070
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP: 48553 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
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: 49756 TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50854 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN: 46 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 DILIGENCIA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN VISITAS DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL ASI COMO ASISTENCIA A FORTALECIMIENTOS O CAPACITACIONES CODICIEMBRECADAS POR LA SECREATRIA DE SALUD (SDS) Y DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR (EBEH) CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL.	
2	SE REALIZAN (26) VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL Y SANTAFE CON PRESTACION DE SERVICIOS DESDE LA PROFESION DE ODONTOLOGIA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.	
3	SE REALIZAN (26) VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL Y SANTAFE ORIENTADO A LA ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL EN FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE HIGIENE ORAL.	
4	SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FORMATO CANALIZACION SIRC DE ACUERDO CON LOS RIESGO IDENTIFICADO, SE REALIZA CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION.	
5	SE REALIZA EL ALISTAMEINTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9479425611 - 9480616470	OPERADOR: APORTES EN LÍNEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	8/01/2025 - 22/01/2025 \$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	8/01/2025 - 22/01/2025 \$ 255.900
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	8/01/2025 - 22/01/2025 \$ 39.000
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 494.900
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 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 período correspondiente		
Maritza Suárez LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEREDO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.032.357.255 CEL: 3143578202		

 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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LINDA MARITZA SUAREZ FIGUERO	CC:	1.032.357.255
CORREO ELECTRÓNICO:	msuarez.subredcentrooriente@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 116B 72 F 70 int 12 ap 303	TELÉFONO:	3143578202
		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 párrafo 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	22118608805
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5623 2024	Nº CDP:	46
		NºCRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 10.928.058
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.998.070		
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE		
			
NOMBRE: LINDA MARITZA SUAREZ FIGUERO CC 1.032.357.255 CEL 3143578202			

	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		LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEROED
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.032.357.255
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA 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 5623 2024	FECHA INICIO CONTRATO 20/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 1.732.497
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.928.058	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.998.070
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL: 48553 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479425611 - 9480616470	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:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA 4053 RP DE LA 49756
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA 4120 RP DE LA 50854
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA 46 RP DE LA TIEMPO
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 01/01/2025 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		
NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032357255		SUAREZ LINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 116 B 72 F 70 INT 12 APT 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6088712	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1179518394	9479425611	I	2025/01/15	2025/01/08	BANCOLOMBIA	0	\$402,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,100	\$0	\$0	\$208,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,100	\$0	\$0	\$208,100	
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	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,600	\$0	\$0	\$162,600	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$162,600	\$0	\$0	\$162,600	
TOTAL				1	\$402,400	\$0	\$0	\$402,400	

Este documento es una copia impresa de un archivo digital.
 No tiene validez legal si no es firmado digitalmente.
 Para verificar la autenticidad del documento, consulte el sitio web de la entidad emisora.
 Fecha de emisión: 2025/01/07 07:40 PM

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032357255		SUAREZ LINDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 116 B 72 F 70 INT 12 APT 303	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6088712	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1212357035	9480616470	N	2025/01/15	2025/01/22	BANCOLOMBIA	7	\$93,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$47,800	\$300	\$0	\$48,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$47,800	\$300	\$0	\$48,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,300	\$100	\$0	\$7,400	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$7,300	\$100	\$0	\$7,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,400	\$200	\$0	\$37,600	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$37,400	\$200	\$0	\$37,600	
TOTAL				1	\$92,500	\$600	\$0	\$93,100	

