



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN 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

NELLY PEREA FLOREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 26.339.725

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5189 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.460.272 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.704.241 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 2.346.618

Nº DE INFORME: 5 **Nº CRP:** 44715 **Nº CDP:** 3662

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) 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:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49643	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50751	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

III. POLIZAS

¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI NO X

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

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERÍODO DEL MES Y LA PROYECCION DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DICIEMBRE DEL 10 AL 31 2024
2	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ETNICOS DIFERENCIALES
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.
7	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)
8	REALIZAR PROCESO DE COMPRA Y PREPARACIÓN DE INSUMOS ANCESTRALES, PARA LAS FAMILIAS Y LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL.
9	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS A LAS FAMILIAS, DE SER NECESARIO.
10	ENTREGAR LAS FACTURAS DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES A LA SUBRED, OPORTUNAMENTE.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9479770426	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	02/01/2025	\$ 162.500
PENSIÓN:	NO APLICA	02/01/2025	\$ -
RIESGOS LABORALES:	SURA	02/01/2025	\$ 31.700
OTRO	N/A	00/01/1900	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 194.200

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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMMLV (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.

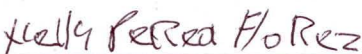
VII. ANEXOS



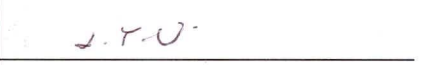
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Nelly Perea Florez

NELLY PEREA FLOREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 26.339.725
 CEL: 3192967215

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:	NELLY PEREA FLOREZ			CC:	26.339.725
CORREO ELECTRÓNICO:	nellyperezaflorez@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14K 138C 39 SUR			TELÉFONO:	3192967215
				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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
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)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5189 2024	N° CDP:	46	N°CRP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
					TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 6.704.241
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 2.346.618				
DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE					
					
NOMBRE:	NELLY PEREA FLOREZ				
CC	26.339.725				
CEL	3192967215				

		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			NELLY PEREA FLOREZ				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			26.339.725				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5189 2024		FECHA INICIO CONTRATO		24/10/2024		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$				2.460.272		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.704.241		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.346.618		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44715	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS						
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479770426		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 MODIFICACION:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):			ADICION (3)	PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49643	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50751	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES
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							
<i>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>							
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					

