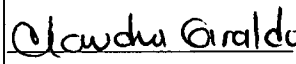


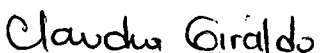
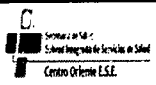
		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16																							
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b> <b>CLAUDIA PATRICIA GIRALDO CARVAJAL</b>																											
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>			1.053.792.677																								
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		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																									
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 5259 2024		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>																							
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 5.330.760		<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>																							
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS																							
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		\$ 14.526.321		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>																							
				\$ 1.199.421																							
<b>Nº DE INFORME:</b>		6		<b>Nº CRP:</b>																							
				44779																							
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS																									
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO																								
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05																								
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>																											
<b>Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:</b>		3		<b>TIPO DE MODIFICACIÓN</b>																							
				ADICIONES																							
				3																							
				PRORROGAS																							
				3																							
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 1.199.421		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				4053																							
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				49660																							
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>																							
				NUEVE(9) DIAS																							
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 3.998.070		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				4120																							
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				50749																							
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>																							
				UN (1) MES																							
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 3.998.070		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				46																							
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>																							
				7715																							
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>																							
				UN (1) MES																							
<b>III. POLIZAS</b>																											
<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>		SI		NO																							
				X																							
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:																									
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		FECHA DE APROBACIÓN:																									
<b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO. DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>REALIZAR PRE CRÍTICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS</td> </tr> </tbody> </table>						ITEM	DESCRIPCIÓN	1	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 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 ÉTNICOS 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 CRÍTICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.	7	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA	8	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC	9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL	10	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS
ITEM	DESCRIPCIÓN																										
1	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 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 ÉTNICOS 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 CRÍTICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.																										
7	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA																										
8	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC																										
9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL																										
10	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS																										
<b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>																											
<b>No. DE PLANILLA:</b>		1070336960		<b>OPERADOR:</b>																							
				SIMPLE																							
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>		<b>ENTIDAD</b>		<b>FECHA DE PAGO</b>																							
				<b>VALOR PAGADO</b>																							
<b>SALUD:</b>		COMPENSAR		11/02/2025																							
				\$ 200.000																							
<b>PENSIÓN:</b>		COLFONDOS		11/02/2025																							
				\$ 256.000																							
<b>RIFSGOS LABORALES:</b>		SEGUROS BOLIVAR		11/02/2025																							
				\$ 39.000																							
<b>OTRO</b>		CCF COMPENSAR		11/02/2025																							
				\$ 9.600																							
		<b>TOTAL PAGADO</b>		\$ 504.600																							
<b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>																											
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, pensión, rui) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo seop 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.																											
<b>VII. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)																											
Anxar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente																											
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%;">  <p> <b>CLAUDIA PATRICIA GIRALDO CARVAJAL</b>            NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA            CC: 1.053.792.677            CEL: 3102078149         </p> </div> <div style="width: 15%; text-align: right;">  </div> </div>																											

		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b> <b>VERSIÓN: 6</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025</b>						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>CLAUDIA PATRICIA GIRALDO CARVAJAL</b>			<b>CC:</b>	1.053.792.677	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	claux10@hotmail.com			<b>RUT (NIT):</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	TV 69 B 9 D 90			<b>TELÉFONO:</b>	3102078149	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ	
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
<b>NO</b> tomaré costos y deducciones				<b>( X )</b>		
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones				<b>( )</b>		
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.						
<b>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>DAVIVIENDA</b>			<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>·AHORROS</b>	<b>Nº CUENTA:</b>
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>						<b>8400717552</b>
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	<b>PS 5259 2024</b>	<b>Nº CDP:</b>	<b>46</b>	<b>NºCRP:</b>	<b>77-15</b>	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b>
						<b>TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS</b>
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	<b>24/10/2024</b>	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	<b>9/02/2025</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b>	
					<b>\$ 14.526.321</b>	
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	<b>01/02/2025 AL 09/02/2025</b>					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>	<b>\$ 1.199.421</b>					
	<b>UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE</b>					
						
<b>NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA GIRALDO CARVAJAL</b> <b>CC 1.053.792.677</b> <b>CEL 3102078149</b>						



**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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	CLAUDIA PATRICIA GIRALDO CARVAJAL
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	1.053.792.677

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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
-----------------------------	---

<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5259 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$		5.330.760

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	14.526.321	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	1.199.421
---	----	------------	--	----	-----------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	44779	<b>Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO</b>	3662
---------------------------------	---	------------------------	-------	------------------------------------	------

<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
--	---------------------------------------

<b>Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:</b>	1070336960	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
--	------------	------------------	--------

<b>PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:</b>	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD
--	--

<b>UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
--	---

<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
-------------------------------	--

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (3)	PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	<b>CDP DE LA</b>	4053	<b>RP DE LA</b>	49660	<b>TIEMPO</b>	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	<b>CDP DE LA</b>	4120	<b>RP DE LA</b>	50749	<b>TIEMPO</b>	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	<b>CDP DE LA</b>	46	<b>RP DE LA</b>		<b>TIEMPO</b>	UN (1) MES

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

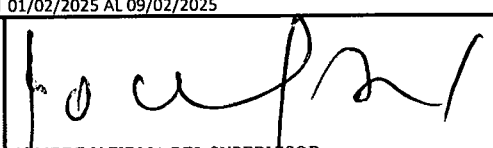
<b>¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?</b>	SI	NO	X
<b>Nº DE PÓLIZA:</b>		<b>NOMBRE DE LA ASEGURADORA:</b>	
<b>FECHA DE LA PÓLIZA</b>		<b>ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:</b>	

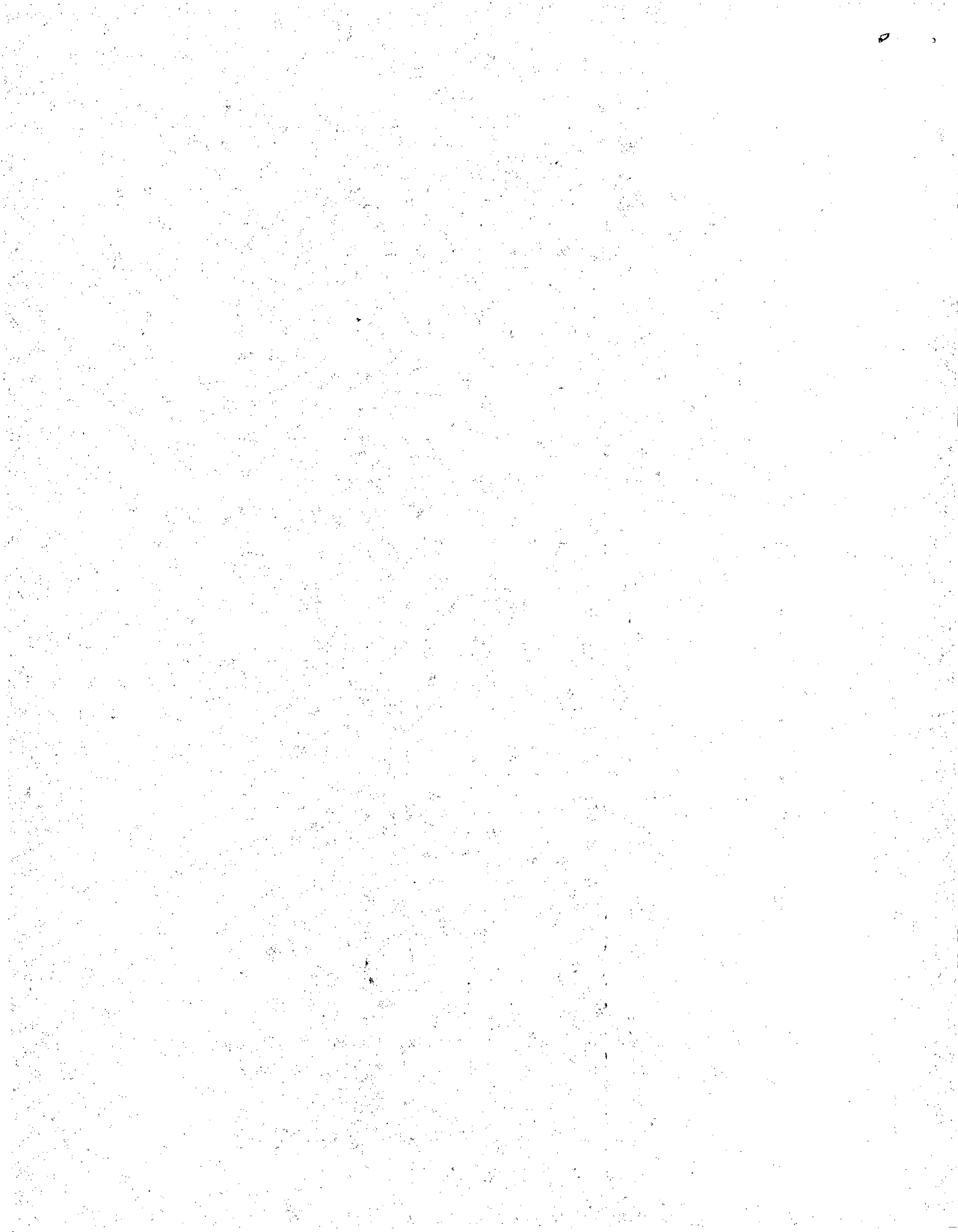
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**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 **01/02/2025 AL 09/02/2025**

<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</b> LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
	J.T. U <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR





Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**

1258814711

**Destino de pago**

SIMPLE OI

**Motivo**

Pago de Seguridad Social

**Fecha**

11/02/2025

**Número de aprobación**

00814711

**Dirección IP**

186.86.110.186

**Valor transacción**

\$ 504.600,00

**Costo de la transacción**

\$ 0,00 IVA incluido

**Referencia 1**

10.0.19.58

**Referencia 2**

CC

**Referencia 3**

1053792677