
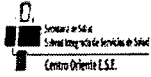
		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b> <b>ANGIE LORENA NIETO ROBLES</b>					
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>			1.030.616.846		
<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>		<b>PS 5260 2024</b>		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		S 5.330.760		<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b>	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		S 14.526.321		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	
				\$ 1.199.421	
<b>Nº DE INFORME:</b>		6		<b>Nº CRP:</b>	
				44780	
<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>		S 1.199.421		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	
				4053	
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	
				49709	
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
				NUEVE(9) DIAS	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		S 3.998.070		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	
				4120	
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	
				50766	
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
				UN (1) MES	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		S 3.998.070		<b>CDP DE LA ADICIÓN:</b>	
				46	
				<b>CRP DE LA ADICIÓN:</b>	
				7730	
				<b>TIEMPO PRORROGADO:</b>	
				UN (1) MES	
<b>III. POLIZAS</b>					
<b>¿FACTO 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>FECHA DE APROBACIÓN:</b>			
<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)					
<b>ITEM</b>					
1 REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERÍODO 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>		84058713		<b>OPERADOR:</b>	
				MI PLANILLA	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>		<b>ENTIDAD</b>		<b>FECHA DE PAGO</b>	
				<b>VALOR PAGADO</b>	
<b>SALUD:</b>		FAMILISANAR		11/02/2025	
				\$ 200.000	
<b>PENSIÓN:</b>		PORVENIR		11/02/2025	
				\$ 255.900	
<b>RIFSGOS LABORAL.FS:</b>		POSITIVA		11/02/2025	
				\$ 39.000	
<b>OTRO</b>		CCF COMPENSAR		11/02/2025	
				\$ 9.600	
		<b>TOTAL PAGADO</b>		<b>\$ 504.500</b>	
<b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde 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, rnt) 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.					
<b>VII. ANEXOS</b> (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					
<b>Angie Nieto R</b> <b>ANGIE LORENA NIETO ROBLES</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> <b>CC: 1.030.616.846</b> <b>CEL: 3012872988</b>					

		<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>ANGIE LORENA NIETO ROBLES</b>			<b>CC:</b>	1.030.616.846
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	nietoroblesangie@gmail.com			<b>RUT (NIT):</b>	
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 57 A SUR 93 C 51 JN 3 CS A			<b>TELÉFONO:</b>	3012872988
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>					
<b>NO tomaré costos y deducciones</b>				<input checked="" type="checkbox"/> (X)	
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>				<input type="checkbox"/> ( )	
<p>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.</p>					
<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				SI ( )	NO (X)
<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>					0550009700140461
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>					
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5260 2024	<b>Nº CDP:</b>	46	<b>NºCRP:</b>	7780
					<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b> TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	9/02/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b> S 14.526.321
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/02/2025 AL 09/02/2025				
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)</b>	\$ 1.199.421 UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE				
<p><u>Angie Nieto R.</u>  <b>NOMBRE:</b> ANGIE LORENA NIETO ROBLES  <b>CC</b> 1.030.616.846  <b>CEL</b> 3012872988</p>					



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-1A-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: ANGIE LORENA NIETO ROBLES

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.030.616.846

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5260 2024 FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5.330.760

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.526.321 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 6 Nº CRP INICIAL: 44780 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: 84058713 OPERADOR: MI PLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION 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 MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):	ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA 4053 RP DE LA 49709	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA 4120 RP DE LA 50766	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	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 APROBACIÓN:

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.

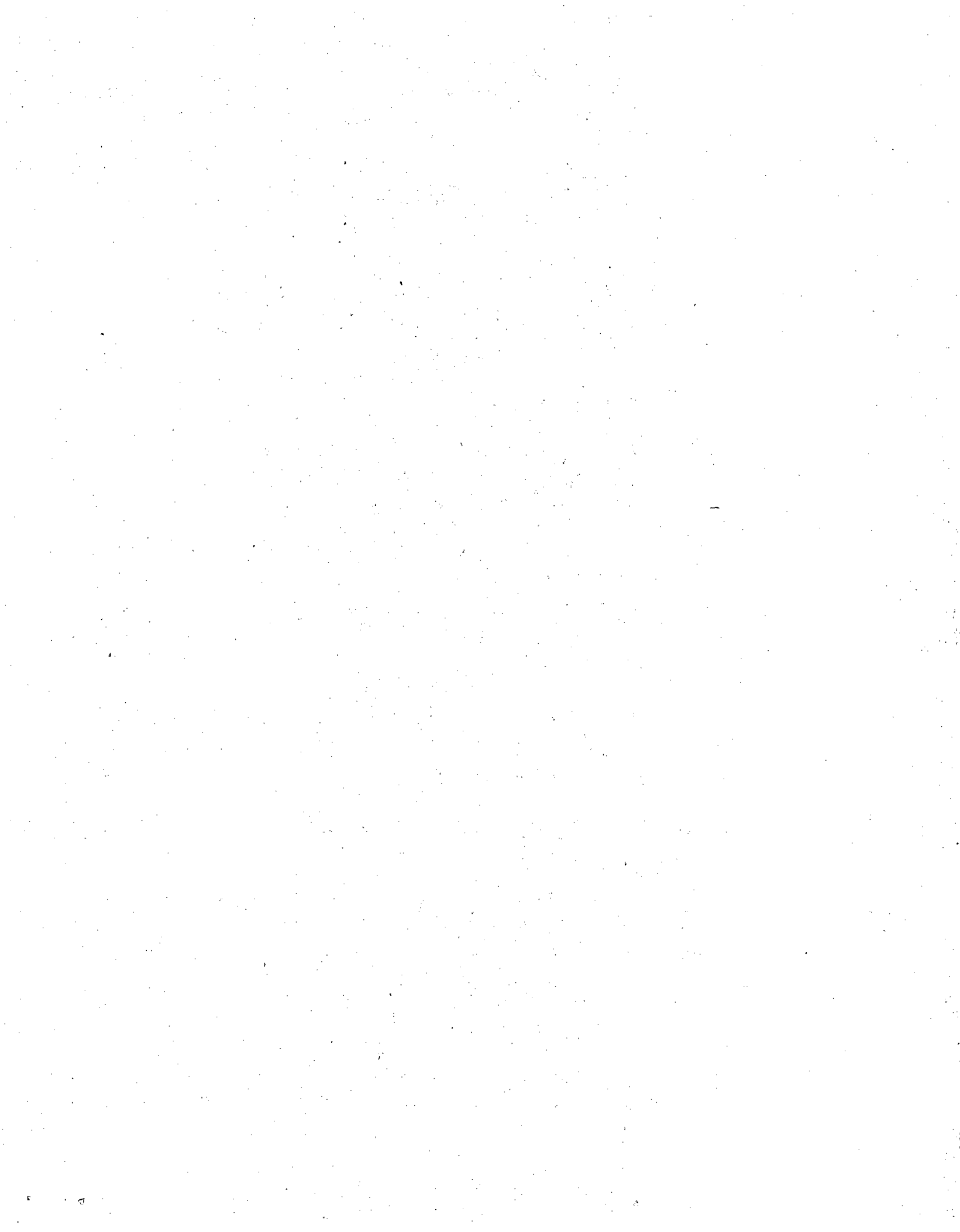
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030616846	ANGIE LORENA NIETO ROBLES		CL 57 A SUR 93 C 51 INT 3 CASA 8	3874602	nietoroblesangle@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2025-01	2025-01	1	11/02/2025	84058713	\$504.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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	255.900	0	0	0	0	0	0	0	255.900	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	860011153-8	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	9.600	0	0	9.600	1

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. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	9.600	9.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>504.500</b>	<b>504.500</b>





**PSE Transacción Aprobada - CUS 1259538995**

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>

Para: anloniro.an@gmail.com

mar, 11 de feb. de 2025 a la hora 2:01 p. m



**¡Hola, Angie Lorena Nieto Robles!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**

CUS: 1259538995

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 504.500

Fecha de Transacción: 11/02/2025

### Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

1. The first part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

2. The second part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

3. The third part of the document is a list of names and addresses of the members of the committee.

• • • • •