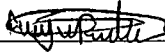
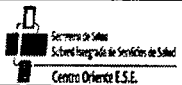
		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO</b>					
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>			1.012.402.081		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5302 2024		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b> 23/10/2024	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 3.280.499		<b>PLAZO INICIAL DEL CONTRATO</b> UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		\$ 8.939.359		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b> \$ 738.112	
<b>Nº DE INFORME:</b> 6		<b>Nº CRP:</b> 44620		<b>Nº CDP:</b> 3662	
<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>	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 738.112		<b>ADICIONES</b> 4053	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 2.460.374		<b>PRORROGAS</b> 3	
<b>VALOR ADICIONADO</b>		\$ 2.460.374		<b>3</b>	
<b>III. POLIZAS</b>					
<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>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>	<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)				
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 ETNICOS DIFERENCIALES.				
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONT				
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	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCION 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>		1069656393		<b>OPERADOR:</b> SIMPLE	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>		<b>ENTIDAD</b>		<b>FECHA DE PAGO</b>	
<b>SALUD:</b>		SALUD TOTAL		11/02/2025	
<b>PENSIÓN:</b>		PORVENIR		11/02/2025	
<b>RIESGOS LABORALES:</b>		SURA		11/02/2025	
<b>OTRO</b>					
<b>TOTAL PAGADO</b>				<b>\$ 440.500</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 ítem se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el JBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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.					
<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 periodo correspondiente					
 <b>ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO</b> <b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b> <b>CC: 1.012.402.081</b> <b>CEL: 3209844550</b>					

OK  
a



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
 FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS  
 Y DE APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
 VERSIÓN: 6  
 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA  
 FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	CC:	1.012.402.081
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianakey15@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77H 73L 49 SUR	TELÉFONO:	3209844550
		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.

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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	1012402081
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 5302 2024	N° CDP:	46	N°CRP:	7679	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	\$ 8.939.359

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/02/2025 AL 09/02/2025  
 VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) \$ 738.112  
 SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE

NOMBRE: ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO  
 CC 1.012.402.081  
 CEL 3209844550



**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**

<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO
<b>NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	1.012.402.081

**I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5302 2024	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	23/10/2024
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$		3.280.499

<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$	8.939.359	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$	738.112
-----------------------------------------------------	----	-----------	--------------------------------------------------	----	---------

<b>Nº PAGO / Nº DE INFORME:</b>	6	<b>Nº CRP INICIAL:</b>	44620	<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>	1069656393	<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	\$ 738.112	<b>CDP DE LA</b>	4053	<b>RP DE LA</b>	49627	<b>TIEMPO</b>	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	<b>CDP DE LA</b>	4120	<b>RP DE LA</b>	50711	<b>TIEMPO</b>	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	<b>CDP DE LA</b>	46	<b>RP DE LA</b>	7679	<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>	

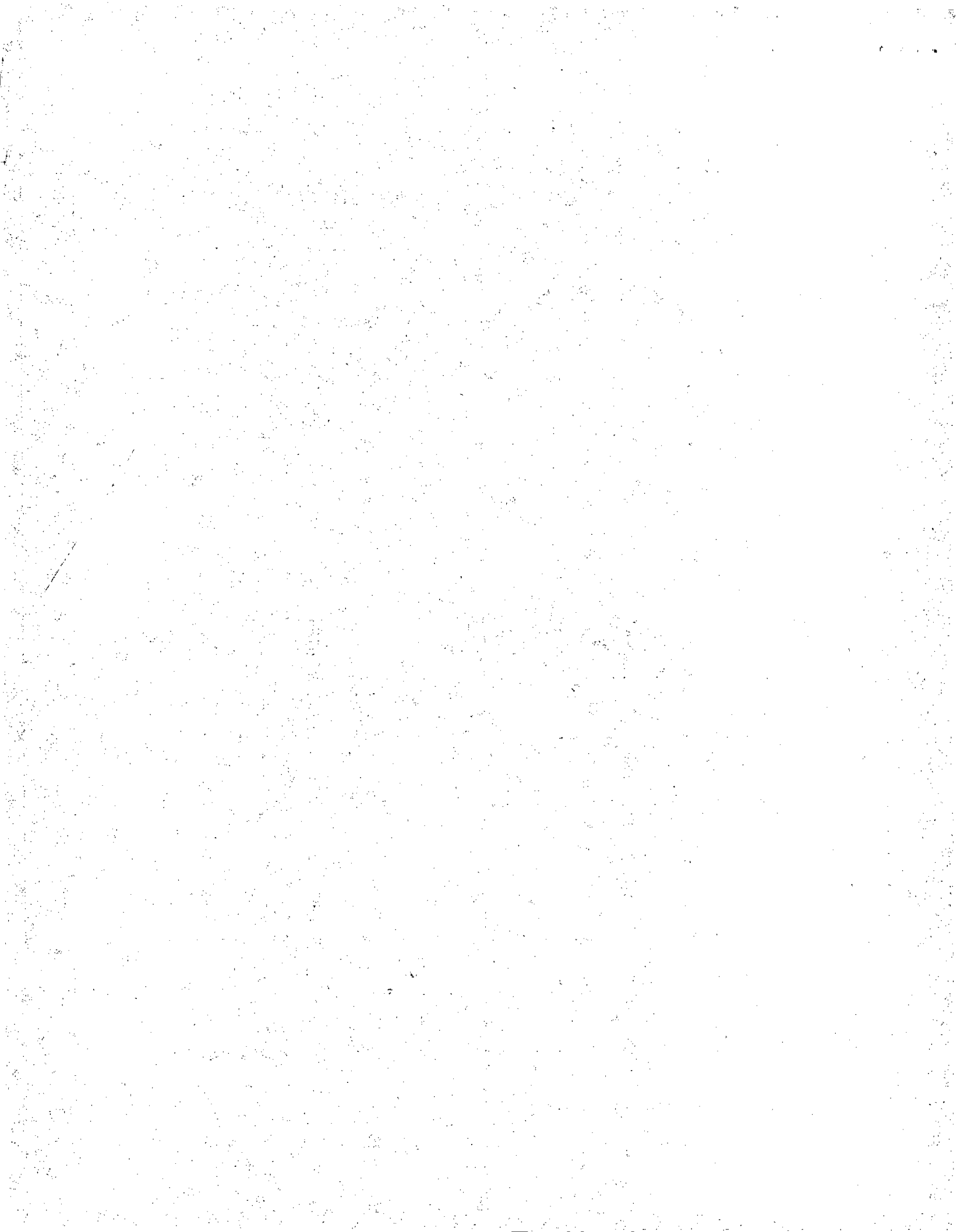
**IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**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
	L.T.V. <b>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</b> LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR





## Pago de servicios electrónicos

### Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA  
11 febrero 2025 9:28 am

DIRECCIÓN IP: 101.156.181.96

NÚMERO DE TRANSACCIÓN  
APH5042320042790458

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN  
0458BWDV

NOMBRE DEL COMERCIO	SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
NIT DEL COMERCIO	9000973339
CÓDIGO DEL SERVICIO	881624
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$440.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	173928393954119
FECHA DE LA SOLICITUD	11 febrero 2025
REFERENCIA 1	02
REFERENCIA 2	900097333
REFERENCIA 3	6311
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1258715556
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	2
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago PSE: Ref 0822807358-202501-313011. IdTrans 313011
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga ****4282