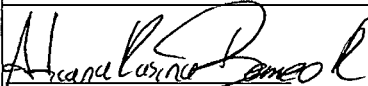
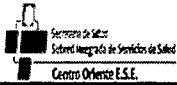
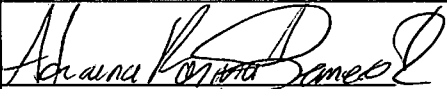
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION			CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
ADRIANA KARINA BERMEO RODRIGUEZ							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				53.114.432			
OBJETO DEL CONTRATO:	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						
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5303 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	738.112		
Nº DE INFORME:	6		Nº CRP:	44621	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	\$	738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49577	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$	2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50729	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$	2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7696	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:						
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)							
ITEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD						
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 TÉCNICA 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 CRITICA 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						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:	1069114698		OPERADOR:	SIMPLE			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO		
SALUD:	SURA		08/02/2025		\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION		08/02/2025		\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		08/02/2025		\$ 62.000		
OTRO							
TOTAL PAGADO					\$ 467.800		
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 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 scop 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							
 ADRIANA KARINA BERMEO RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 53.114.432 CEL: 3153632607							

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F APOYO - GESTIÓN 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: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA KARINA BERMEO RODRIGUEZ			CC:	53.114.432
CORREO ELECTRÓNICO:	adriana.bermeo8411@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 62A SUR 71D 42			TELÉFONO:	3153632607
				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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				Nº CUENTA:	91249691050
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5303 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7696
				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 KARINA BERMEO RODRIGUEZ CC 53.114.432 CEL 3153632607					



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

ADRIANA KARINA BERMEO RODRIGUEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

53.114.432

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

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

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES

PS 5303 2024

FECHA INICIO CONTRATO

23/10/2024

No.

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.280.499

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:

\$

8.939.359

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

738.112

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

6

Nº CRP INICIAL:

44621

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:

1069114698

OPERADOR:

SIMPLE

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 (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):			ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49577	TIEMPO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50729	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	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:		

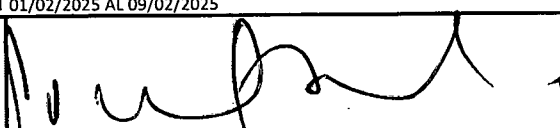
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

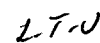
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

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





Bogotá, 08 de enero de 2025

Estimado(a) Usuario(a),

Adjuntamos el comprobante de pago para la referencia 8810534238, cancelada el día de hoy a través de PAGO SIMPLE bajo la modalidad de Planilla Asistida.

Recuerde que para cualquier trámite con las administradoras, con las cuales realiza aportes, usted cuenta con el siguiente número de planilla 1069114698, el cual puede encontrar ubicado en la parte superior del presente comprobante de pago. Para abrir el archivo adjunto es necesario ingresar el número de documento del aportante sin incluir dígito de verificación como contraseña.

En caso de presentar cualquier inconveniente, no dude en comunicarse con nosotros a nuestras Líneas de Servicio al Cliente, con gusto será atendido:

FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Resto del país: 018000 971 971, de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.

También puede dejarnos su solicitud a través de nuestra página web: www.simple.com.co

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE

SIMPLE S.A

¡Más que fácil, SIMPLE!



Responder

