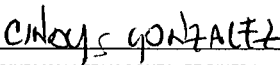
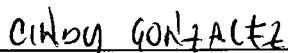
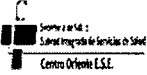
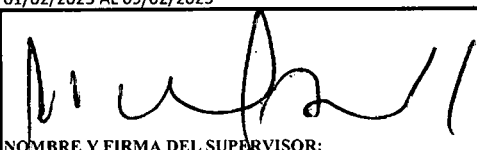
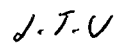
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.016.082.675		
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 5328 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
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:	44641	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
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN: 49629
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN: 50713
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN: 7681
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				
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 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	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA			
8	REALIZAR EVALUACIÓN 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:	9480152292	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	11/02/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	11/02/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025	\$	34.700
OTRO				
TOTAL PAGADO			\$ 440.500	
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 SMLLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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.				
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				
				
SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.016.082.675 CEL: 3219998619				

		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: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA			CC:	1.016.082.675
CORREO ELECTRÓNICO:	mallerlygonzalezpineda@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 123 14B 70			TELÉFONO:	3219998619
				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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					004800420954
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5328 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7681
					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 : \$ 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				
 CINDY GONZALEZ					
NOMBRE: SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA CC 1.016.082.675 CEL 3219998619					

		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-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			SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.016.082.675		
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 No.		PS 5328 2024		FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024	
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:	44641
				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:		9480152292		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 MODIFICACIÓN:		Nº (3)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		ADICION (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		PRORROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		NUEVE (9) DIAS	
		CDP DE LA		UN (1) MES	
		4120		UN (1) MES	
		46		UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				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	
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 GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1016082675		GONZALEZ PINEDA SINDI MALLERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 123 No. 148-70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1259762505	9480152292	I	2025/02/18	2025/02/11	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1016082675	GONZALEZ SINDI	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5002	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016082675		GONZALEZ FINEDA SINDI MALLERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 123 No. 148-70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-01	2025-01	1259762505	9480152292	I	2025/02/18	2025/02/11	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500



Comprobante de pago

Nequi

¡Pago exitoso!



Pago en
¿Cuánto?

Aportes En Línea
\$ 440.500,00

Fecha

11 de febrero de 2025 a
las 03:09 p. m.

Referencia

M7090108

VIGILADO

1920
1921
1922
1923
1924

1925

1926