Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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

ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.179.713				
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 5391 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**10/01/2025**	
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:**		**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**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	**$** 738.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49725	**TIEMPO PRORROGADO:**	NUEVE(9) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** 2.460.374	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4120	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50716	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 2.460.374	**CDP DE LA ADICIÓN:**	46	**CRP DE LA ADICIÓN:**	7684	**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:**			

ITEM	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)
1	ALISTAMIENTO DE PAPELERÍA CORRESPONDIENTE PLANILLAS MAPAS PARA ABORDAJE TERRITORIAL TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES
2	DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES EN CURSO
3	ASISTENCIA TÉCNICA A REUNIÓN DEL EQUIPO BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR
4	REALIZAR CARACTERIZACIONES CORRESPONDIENTES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES
5	INGRESAR TODOS LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y ENTREGA DE PLANILLAS DE FIRMAS
6	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS TIEMPOS ESTIMULADOS POR LOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS
7	REALIZAR LA META ASIGNADA DE 26 CARACTERIZACIONES CON CALIDAD Y DOPORTUNIDAD EN EL TERRITORIO 18 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LOS LIBERTADORES
8	ASISTENCIA A LA JORNADA PAGA DIARIOS LOCALIDAD MÁRTIRES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD
9	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN CORRESPONDIENTES EN EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480519226	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	12/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/02/2025	$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 442.100**

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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, 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

Ana E. Gamboa M

ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.179.713
CEL: 3214529221

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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:	**ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO**	**CC:**	52.179.713
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	anagamboa9397@gmail.com	**TELÉFONO:**	3214529221
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69C BIS 78 38 SUR	**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**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**055048841489471 4**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:		**N° CDP:**		**N°CRP:**	7684.	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO		**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		9/02/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO 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 (LETRASY NUMEROS)	$ 738.112					
	SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE					

Ana E. Gamboa M

NOMBRE: **ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO**
CC **52.179.713**
CEL **3214529221**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.179.713

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 5391 2024		FECHA INICIO CONTRATO		10/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.280.499				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.939.359		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	738.112
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480519226		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

N° DE MODIFICACIÓN:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):					
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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
	L.T.V NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 72 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	PlanNia	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	12529231215	9480519226	I	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	5	$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
[redacted]																					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,800	$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	52179713	GAMBOA ANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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

2025/02/08 10:45 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529231	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1252921215	9480519226	I	2025/02/05	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	5	$442,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$800	$0	$228,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$800	$0	$228,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$600	$0	$178,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$600	$0	$178,600
TOTAL				1	$440,500	$1,600	$0	$442,100

2025/02/08 10:45 AM

Gmail

Ana Gamboa <anaegamboa9397@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1252921215

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 8 de febrero de 2025, 10:47 a.m.
Para: anaegamboa9397@gmail.com

¡Hola, Ana Elvira Gamboa Maldonado !

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

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1252921215
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480519226
Valor de la Transacción: $ 442.100
Fecha de Transacción: 08/02/2025