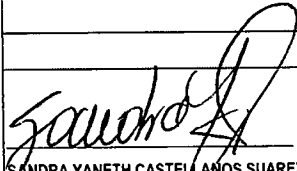
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ</b>					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.056.701		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	4.531.146	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	13.726.707	UN (1) MES Y CUATRO (4) DIAS	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	44961
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
<b>II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES</b>					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$	1.199.421	ADICIONES	3
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	NUEVE(9) DIAS	
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	CRP DE LA ADICIÓN:	4053
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	CRP DE LA ADICIÓN:	4120
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	CRP DE LA ADICIÓN:	46
VALOR ADICIONADO		\$	3.998.070	CRP DE LA ADICIÓN:	7803
<b>III. POLIZAS</b>					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
<b>IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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)					
ITEM	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024				
1	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE				
2	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ETNICOS DIFERENCIALES.				
3	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI				
4	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.				
5	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORIA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO.				
6	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCION DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA				
7	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC				
8	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL				
9	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS				
10					
<b>V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
No. DE PLANILLA:		1070385833		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SURA		12/02/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		12/02/2025	
RIESGOS LABORALES:		AXA COLPATRIA		12/02/2025	
OTRO		MORA		12/02/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 497.700	
<b>VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
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 ibe 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 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.					
<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>SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ</b> NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.056.701 CEL: 3118108552					



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 – 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:	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ	CC:	52.056.701
CORREO ELECTRÓNICO:	sandrajcastellanos@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 32 90 INT 14 APTO 401	TELÉFONO:	3118108552
		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	Nº CUENTA:	427083984
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

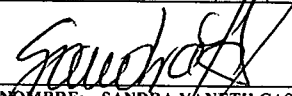
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5426 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7803	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	\$ 13.726.707

PERIODO OBJETO DE COBRO: 01/02/2025 AL 09/02/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS) \$ 1.199.421

UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE

  
NOMBRE: SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ  
CC 52.056.701  
CEL 3118108552



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
 APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
 FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y  
 APOYO A LA GESTIÓN

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	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.056.701

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024	FECHA INICIO CONTRATO	30/10/2024
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.531.146
----------------------------	----	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	13.726.707	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.199.421
--	----	------------	---	----	-----------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44961	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
--------------------------	---	-----------------	-------	-----------------------------	------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS
---	----------------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070385833	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 MODIFICACION:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49748
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50842
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA	

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

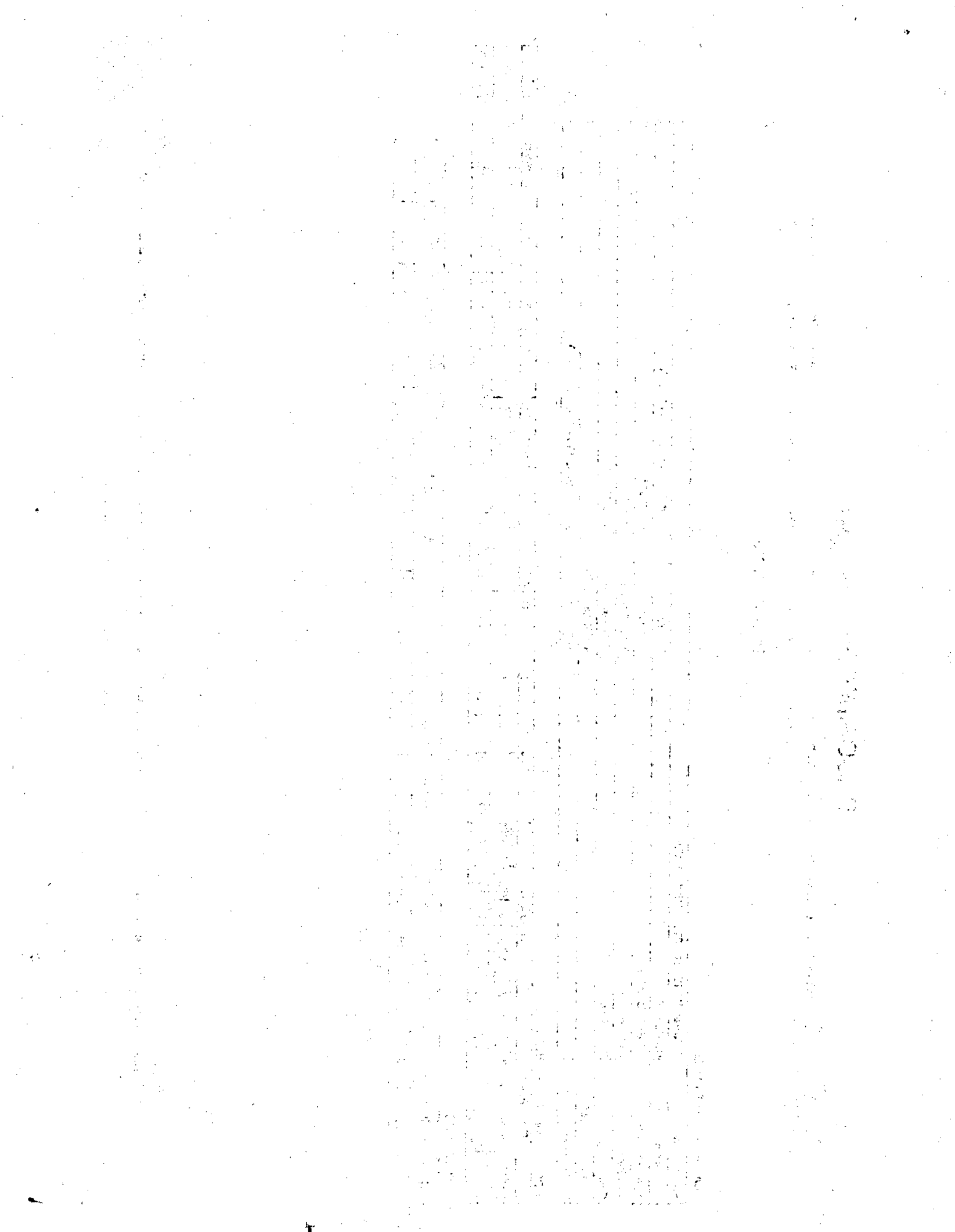
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

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









**Sucursal Virtual**

Pago PSE

12 febrero 2025 15:16:00



**Pago exitoso**

CUS 1262133827

Comercio  
**SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE  
PAGOS ELECTRONICOS S**

Referencia 1  
**02**

Fecha  
**12 febrero 2025 15:16:00**

Referencia 2  
**900097333**

Número de factura  
**173939126520780**

Referencia 3  
**6311**

Descripción del pago  
**Pago PSE.  
Ref:8822899877-202501-317995.  
idTrans:317995**

Valor del Pago  
**\$497,700 /**

Número de comprobante  
**TR1514363827**

Costo de la transacción  
**\$ 0**

Producto origen  
**Cuenta de ahorros  
\*\*\*\* 3984**

1940

1941

1942

1943

1944

1945

1946

1947

1948

1949

1950

1951

1952

1953

1954