

	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				
SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.016.042.418		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5539 2024	FECHA INICIO CONTRATO	6/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.464.994	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTISEIS (26) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	12.660.555	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	47469	Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y CINCO (5) 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:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN: 49751
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN: 50849
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN: 3810
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 PERÍODO. 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	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 AUDITORIA. 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:	8383153245	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	07/02/2025	\$	178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	07/02/2025	\$	227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	07/02/2025	\$	34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	07/02/2025	\$	28.500
TOTAL PAGADO			\$ 469.000	
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 ítem se calculo sobre 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 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				
SARA I MEDINA R				
SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.016.042.418 CEL: 3125188908				

SP

 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:	SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ		CC: 1.016.042.418 RUT (NIT):
CORREO ELECTRÓNICO:	saray921@hotmail.com		TELÉFONO: 3125188908
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 161 99 45		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 párrafo 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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	24056574485
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5539 2024	Nº CDP:	46
		Nº CRP:	78-10
FECHA DE INICIO CONTRATO		6/11/2024	
FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025	
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	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 12.660.555			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS			
SARA I MEDINA R. NOMBRE: SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ CC 1.016.042.418 CEL 3125188908			



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

SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.016.042.418

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5539 2024

FECHA INICIO CONTRATO

6/11/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

3.464.994

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

12.660.555

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$

1.199.421

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

5

Nº CRP
INICIAL:

47469

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

8383153245

OPERADOR:

MI PLANILLA

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 (2)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (2)

PRORROGA (2)

VALOR ADICIONADO

\$

1.199.421

CDP DE LA

4053

RP DE LA

49751

TIEMPO

NUEVE (9) DIAS

VALOR ADICIONADO

\$

3.998.070

CDP DE LA

4120

RP DE LA

50849

TIEMPO

UN (1) MES

VALOR ADICIONADO

\$

3.998.070

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.

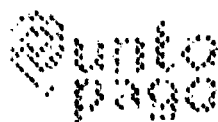
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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



RECIBO DE PAGO

Fecha de pago: 07/01/2025 Hora: 10:50.05

Id Comercio: 20226

No. Terminal: 10/35

Id Trx: 51927577

Id Aut: 362126

Comercio: PDP - KIOSCO-EXITO PARQUE
FONTIBON

Dirección: CRA 99 18A 25

RECAUDO DE FACTURAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA COMPENSAR

Código convenio: 1138

Referencia de pago: 8383153245

Valor: \$469.000.0

*****ORIGINAL*****

Corresponsal bancario para Banco de Occidente. La
impresión de este ticket implica su aceptación,
verifique la información. Este es el único recibo oficial de
pago. Requerimiento 018000 514652.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ
No. Identificación: CC1016042418
Dirección: CL 161 NO 99 45
Telefono: 2678465
Correo: saray921@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8383153245

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC1016042418
Número de planilla	8383153245
Fecha pago	2025-01-07
Número de autorización pago	32362126
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Número de Administradoras	4
Total Pagado	469000
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	28500	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016042418
APELLIDOS Y NOMBRES: SARA ISABEL MEDINA RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500