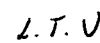


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN                                                                                                                                                                                       |               | CÓDIGO: AP-1A-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16                        |  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEREDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 1.032.357.255 |                                                                                |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA 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 5623 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | FECHA INICIO CONTRATO 10/01/2025                                               |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | \$ 1.732.497                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO TRECE (13) DIAS                                     |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$ 10.928.058                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421                         |  |
| Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | Nº CRP: N° 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 PRORROGAS 2                                   |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | \$ 1.199.421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49756 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | \$ 3.998.070                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50854 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | \$ 3.998.070                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7814 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE DILIGENCIA CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A EJECUTAR EN VISITAS DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL ASI COMO ASISTENCIA A FORTALECIMIENTOS O CAPACITACIONES COCADAS POR LA SECREATRIA DE SALUD (SDS) Y DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR (EBEH) CONFORME AL SABER DISCIPLINAR Y                                                       |               |                                                                                |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE REALIZAN ( ) VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL Y SANTAFE CON PRESTACION DE SERVICIOS DESDE LA PROFESION DE ODONTOLOGIA CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED. |               |                                                                                |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE REALIZAN ( ) VEINTISEIS VISITAS ESTABLECIDAS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DEL CONVENIO ANTERIOR Y EL EJECUTADO ACTUALMENTE EN LA LOCALIDAD DE SAN CRISTOBAL Y SANTAFE ORIENTADO A LA ESTRATEGIA DE SALUD BUCAL EN FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE HIGIENE ORAL.                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE REALIZA PROCESO DE DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE FORMATO CANALIZACION SIRC DE ACUERDO CON LOS RIESGO IDENTIFICADO, SE REALIZA CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION.                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED                                                                                             |               |                                                                                |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CARGUE DE INTERVENCIONES A FAMILIAS DESDE EL PERFIL DE ODONTOLOGIA AL APLICATIVO GTAPS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS Y DILIGENCIAMIENTO EN EL APLICATIVO GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED                                                                                             |               |                                                                                |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CARGUE DE INTERVENCIONES A FAMILIAS DESDE EL PERFIL DE ODONTOLOGIA AL APLICATIVO GTAPS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                                |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | CARGUE DE SEGUIMIENTOS AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN APLICATIVO GTAPS DE LA SDS, VERIFICANDO LA COMPLETITUD DEL DATO.                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                                |  |
| V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| No. DE PLANILLA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 9481532667                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | OPERADOR: APORTES EN LINEA                                                     |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | ENTIDAD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | FECHA DE PAGO VALOR PAGADO                                                     |  |
| SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | SURA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | 10/02/2025 \$ 200.000                                                          |  |
| PENSIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | PORVENIR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | 10/02/2025 \$ 255.900                                                          |  |
| RIESGOS LABORALES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | SEGUROS BOLIVAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | 10/02/2025 \$ 39.000                                                           |  |
| OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | CCF COMPENSAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 10/02/2025 \$ 32.000                                                           |  |
| TOTAL PAGADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | \$ 526.900                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                |  |
| VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.<br>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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ru) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .<br>4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| VII. ANEXOS<br>(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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| Maritza Suarez                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |
| LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEREDO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br>CC: 1.032.357.255<br>CEL: 3143578202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                                |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|---------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Cesarth Oriente E.S.E.</div>                                                                                                                                                                                                                                                      | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS<br>Y DE APOYO A LA GESTIÓN |                                       |           |         | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16           |                                                                               |
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          | LINDA MARITZA SUAREZ FIGUERO          |           |         | CC:                                                               | 1.032.357.255                                                                 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          | msuarez.subredcentrooriente@gmail.com |           |         | RUT (NIT):                                                        |                                                                               |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                          | KR 116B 72 F 70 int 12 ap 303         |           |         | TELÉFONO:                                                         | 3143578202                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         | 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<br>(APLICA CUANDO EL BANCO NO SE<br>ENCUENTRE EN LA LISTA<br>DESPLIEGABLE)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                          | TIPO DE CUENTA:                       |           | AHORROS | Nº CUENTA:                                                        | 22118608805                                                                   |
| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| Nº DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 5623 2024                                                                                                                                                                             | Nº CDP:                               | 4053      | NºCRP:  | 7814                                                              | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS<br>PRORROGAS:<br>TRES (3) MESES Y CINCO (5) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:        | 9/02/2025 |         | VALOR TOTAL DEL CONTRATO<br>INCLUIDO ADICIONES :<br>\$ 10.928.058 |                                                                               |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 01/02/2025 AL 09/02/2025                                                                                                                                                                 |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| VALOR A PAGAR<br>CORRESPONDIENTE AL<br>PERIODO OBJETO DE COBRO EN<br>(LETRAS Y NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 1.199.421<br>UN MILLÓN CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE                                                                                                  |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| MAYITZA SUAREZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| NOMBRE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | LINDA MARITZA SUAREZ FIGUERO                                                                                                                                                             |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| CC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 1.032.357.255                                                                                                                                                                            |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |
| CEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3143578202                                                                                                                                                                               |                                       |           |         |                                                                   |                                                                               |

|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|--|
|                                                                                                                                        |  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y<br>APOYO A LA GESTION                                            |                                | CÓDIGO: AP-IA-FT-078<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |  |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                         | LINDA MARITZA SUAREZ FIGUEROED |                                                         |  |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                         | 1.032.357.255                  |                                                         |  |
| I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                         |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                    |  | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA 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 5623 2024                                                                                                                                                                                                                            |                                | FECHA INICIO CONTRATO                                   |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                | 10/01/2025                                              |  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                              |  | \$                                                                                                                                                                                                                                      |                                | 1.732.497                                               |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:                                                                                                                                                                            |  | \$ 10.928.058                                                                                                                                                                                                                           |                                | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.199.421  |  |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME:                                                                                                                                                                                                |  | 5                                                                                                                                                                                                                                       |                                | Nº CRP INICIAL:                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                | 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:                                                                                                                                                                             |  | 9481532667                                                                                                                                                                                                                              |                                | 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                                                                                                                                                                                                        |  | \$ 1.199.421                                                                                                                                                                                                                            |                                | ADICION (3 )                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                        |  | CDP DE LA 4.053                                                                                                                                                                                                                         |                                | PRORROGA (3)                                            |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                        |  | CDP DE LA                                                                                                                                                                                                                               |                                | UN (1) MES                                              |  |
| VALOR ADICIONADO                                                                                                                                                                                                        |  | CDP DE LA                                                                                                                                                                                                                               |                                | TIEMPO                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  | RP DE LA                                                                                                                                                                                                                                |                                | TIEMPO                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  | RP DE LA                                                                                                                                                                                                                                |                                | TIEMPO                                                  |  |
| III. POLIZAS (SI APLICA)                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                                         |  |
| ¿PACTO 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                                                      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                       |  | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                                       |                                | X                                                       |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                       |  | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato lo 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:<br>LORENZA BECERRA CAMARGO<br>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05                                                                                                                                |                                |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                      |                                |                                                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                         |  | NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:<br>LILIANA TELLEZ VALBUENA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR                                                                                                      |                                |                                                         |  |



## 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 1032357255                     |         | SUAREZ LINDA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 116 B 72 F 70 INT 12 APT 303 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6088712                | 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 | 1256299350   | 9481532667      | 1                  | 2025/02/13                      | 2025/02/10          | BANCOLOMBIA            | 0                     | \$526,900     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |              |                 |                    |                                 |                     |                        |                       |               |
| RIESGO                            | CODIGO  | NIT          | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO                 | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES |                       | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |              |                 | 1                  | \$255,900                       | \$0                 | \$0                    |                       | \$255,900     |
| PORVENIR                          | 230301  | 800,224,808  | 8               | 1                  | \$255,900                       | \$0                 | \$0                    |                       | \$255,900     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |              |                 | 1                  | \$39,000                        | \$0                 | \$0                    |                       | \$39,000      |
| SEGUROS BOLIVAR                   | 14-7    | 860,002,503  | 2               | 1                  | \$39,000                        | \$0                 | \$0                    |                       | \$39,000      |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |              |                 | 1                  | \$32,000                        | \$0                 | \$0                    |                       | \$32,000      |
| COMPENSAR                         | CCF24   | 860,066,942  | 7               | 1                  | \$32,000                        | \$0                 | \$0                    |                       | \$32,000      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |              |                 | 1                  | \$200,000                       | \$0                 | \$0                    |                       | \$200,000     |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD)          | EPS010  | 800,088,702  | 2               | 1                  | \$200,000                       | \$0                 | \$0                    |                       | \$200,000     |
| TOTAL                             |         |              |                 | 1                  | \$526,900                       | \$0                 | \$0                    |                       | \$526,900     |

## 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 1032357255                     |         | SUAREZ LINDA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | KR 116 B 72 F 70 INT 12 APT 303 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 6088712     | No                    |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |              |                 |                    |                                 |                     |             |                       |
| Periodo                           |         | Clave        |                 | Tipo               | Fecha                           |                     | Pago        |                       |
| Pensión                           | Salud   | Pago         | Planilla        | Planilla           | Límite                          | Pago                | Banco       | Valor                 |
| 2025-01                           | 2025-01 | 1256299350   | 9481532667      | I                  | 2025/02/13                      | 2025/02/10          | BAHCOLOMBIA | \$526,900             |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |              |        |             |             |           |        |             |             |           |       |             |             |          |      |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|----------|------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION      |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |       |             |             | RIESGOS  |      |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo       | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días  | IBC         | Aporte      | Codigo   | Días | IBC         | Aporte      | Días         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |            |              |        | \$1,599,255 | \$255,900   |           |        | \$1,599,255 | \$200,000   |           |       | \$1,599,255 | \$32,000    |          |      | \$1,599,255 | \$39,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |            |              |        | \$1,599,255 | \$255,900   |           |        | \$1,599,255 | \$200,000   |           |       | \$1,599,255 | \$32,000    |          |      | \$1,599,255 | \$39,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |              |        | \$1,599,255 | \$255,900   |           |        | \$1,599,255 | \$200,000   |           |       | \$1,599,255 | \$32,000    |          |      | \$1,599,255 | \$39,000    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1032357255 | SUAREZ LINDA | 230301 | 30          | \$1,599,255 | \$255,900 | EPS010 | 30          | \$1,599,255 | \$200,000 | CCF74 | 30          | \$1,599,255 | \$32,000 | 14-7 | 30          | \$1,599,255 | \$39,000     | 30  | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |              |        | \$1,599,255 | \$255,900   |           |        | \$1,599,255 | \$200,000   |           |       | \$1,599,255 | \$32,000    |          |      | \$1,599,255 | \$39,000    |              | \$0 | \$0    |     |

**PSE Transacción Aprobada - CUS 1256299350**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Lun 2/10/2025 11:02 AM

Para maritza\_0121@hotmail.com <maritza\_0121@hotmail.com>



**¡Hola, Linda Maritza Suarez Figueredo!**

**Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.  
los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**

CUS: 1256299350

Empresa: APORTES EN LINEA

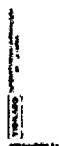
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481532667

Valor de la Transacción: \$ 526.900

Fecha de Transacción: 10/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ☒ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ☒ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ☒ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

