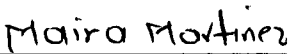
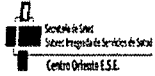
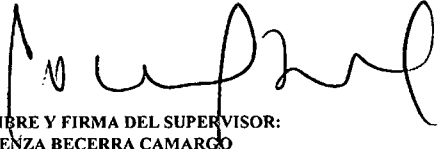


 Ministerio de Salud Secretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-JA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.914.586			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5243 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	738.112	
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	44764	Nº CDP:	3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49735	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50812	
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7775	
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X		
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:					
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:					
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)						
1	SE REALIZA IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD EN LA POBLACION DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ BARRIOS LA RESURECCION, LUIS LOPEZ DE MESA SEGÚN LOS ASIGNADO PARA REALIZAR CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO SEGÚN LO INDICA LA GUIA OPERATIVA.					
2	ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES REALIMENTADO CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES.					
3	DILIGENCIAMIENTO DE LAS PLANILLAS Y DEMAS FORMATOS QUE SE SOLICITAN CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ BARRIOS LA RESURECCION, RIO DE JANEIRO					
4	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE EL MES POR PARTE DEL LIDER DE EQUIPO.					
5	LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES,SE REALIZA ACTA A MANO LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LIDER DE EQUIPO.					
6	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES A LOS APOYOS ENCARGADOS					
7	SE REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD QUE SE IDENTIFIQUEN DURANTE LAS VISITAS					
8	SE REALIZA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS SIGUIENDO LAS INDICACIONES					
9	SE REALIZA LA META CORRESPONDIENTE AL MES VISITAS EN LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACIÓN DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A TODA LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS.					
10	PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	9479679952		OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL		00/01/1900	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION		00/01/1900	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		00/01/1900	\$ 31.700		
OTRO						
TOTAL PAGADO				\$ 437.500		
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA						
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.						
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)						
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente						
 MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.023.914.586 CEL: 3209726955						

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY		CC: 1.023.914.586
CORREO ELECTRÓNICO:	mairis230@hotmail.com		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 36 H SUR 2 04 ESTE		TELÉFONO: 3209726955
			CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		()	
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.			
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación			SI () NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		AHORROS	004870417856
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5243 2024	Nº CDP:	4053
		NºCRP:	44764
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
			TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
	9/02/2025		\$ 8.939.359
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 738.112 SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE		
maia martinez NOMBRE: MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY CC 1.023.914.586 CEL 3209726955			

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
NOMBRE DEL CONTRATISTA		MAYRA YULIETH MARTINEZ CELY		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.023.914.586		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5243 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 738.112	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479679952	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):		ADICION (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49735
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50812
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA 7775
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			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS				
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.				
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS		SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scopp de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X	
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago. CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025				
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR		

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 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-01	2025-01	1265113004	9480370371	I	2025/02/20	2025/02/14	HEQUI	\$440,500
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500

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 1023914586		MARTINEZ CELY MAYRA YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 36 H SUR # 2 - 04 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-01	2025-01	1265113004	9480370371	I	2025/02/20	2025/02/14	NEQUI	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC	1023914586	MARTINEZ MAYRA	230201	30	\$1,423,500		EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0		14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	



¡Hola, David Rodríguez!

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE, los siguientes son los datos de tu transacción:



Estado de la Transacción: Aprobada

CUS: 1265113004

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480370371

Valor de la Transacción: \$ 440.500

Fecha de Transacción: 13/02/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estés siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▶ Utiliza dispositivos de uso personal y confiable para realizar tus pagos.

▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

