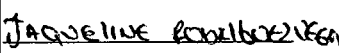

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			23.430.613		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5194 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 18.995.452		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				S 1.568.431	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
				44720	
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	
VALOR ADICIONADO		S 1.568.432		3	
				PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		S 5.228.106		3	
				PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		S 5.228.106		3	
				PRORROGAS	
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)					
ITEM					
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES				
2	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS ,CONSENTIMIENTO INFORMADO ,ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS ,RELACIÓN DE PREDIOS , ASIGNADOS , GESTIONADOS, PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL)				
3	SE REALIZA PROGRAMACIÓN PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA.				
4	INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR				
5	SE REALIZA PRECRÍTICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRICES DADAS POR LOS REFERENTES DE CADA EVENTO REPORTADO A SIVIGILA. POSTERIORMENTE SE REALIZA EL ENVÍO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN AL CORREO DESTINADO PARA SU RECEPCIÓN Y CARGUE EN EL APLICATIVO.				
6	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.				
7	SE REALIZA GESTIÓN DOCUMENTAL DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS COLABORADORES DE LOS COLABORADORES A CARGO				
8	SE REALIZA INFORME DE GESTION DEL MES, EN DONDE SE RELACIONAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CADA PRODUCTO.				
9	SE ASISTE A LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR Y REUNIÓN DE EQUIPO PARA LAS LOCALIDADES A CARGO.				
10	SE REALIZA CERTIFICACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9480506729		OPERADOR:	
				APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		11/02/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		S 261.500	
RIESGOS LABORALES:		SURA		S 334.600	
OTRO		MORA		S 51.000	
				S 2.800	
		TOTAL PAGADO		S 649.900	
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA					
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.					
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scopop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .					
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.					
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
					
JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 23.430.613 CEL: 3105892795					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION			CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA			CC:	23.430.613	
CORREO ELECTRÓNICO:	jaquerodrive1@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65 111 38			TELÉFONO:	3105892795	
				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				()		
<p>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.</p>						
Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						89563135116
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5194 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44720	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
						TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :	
					\$ 18.995.452	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.568.431					
	UN MILLÓN QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE					
<p><i>JAQUELINE RODRIGUEZ VEGA</i></p> <p>NOMBRE: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA</p> <p>CC 23.430.613</p> <p>CEL 3105892795</p>						



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 23.430.613

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5194 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.970.808		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.568.431
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:	9480506729	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)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49731	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50775	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	46	RP DE LA	7739	TIEMPO UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

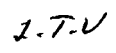
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025

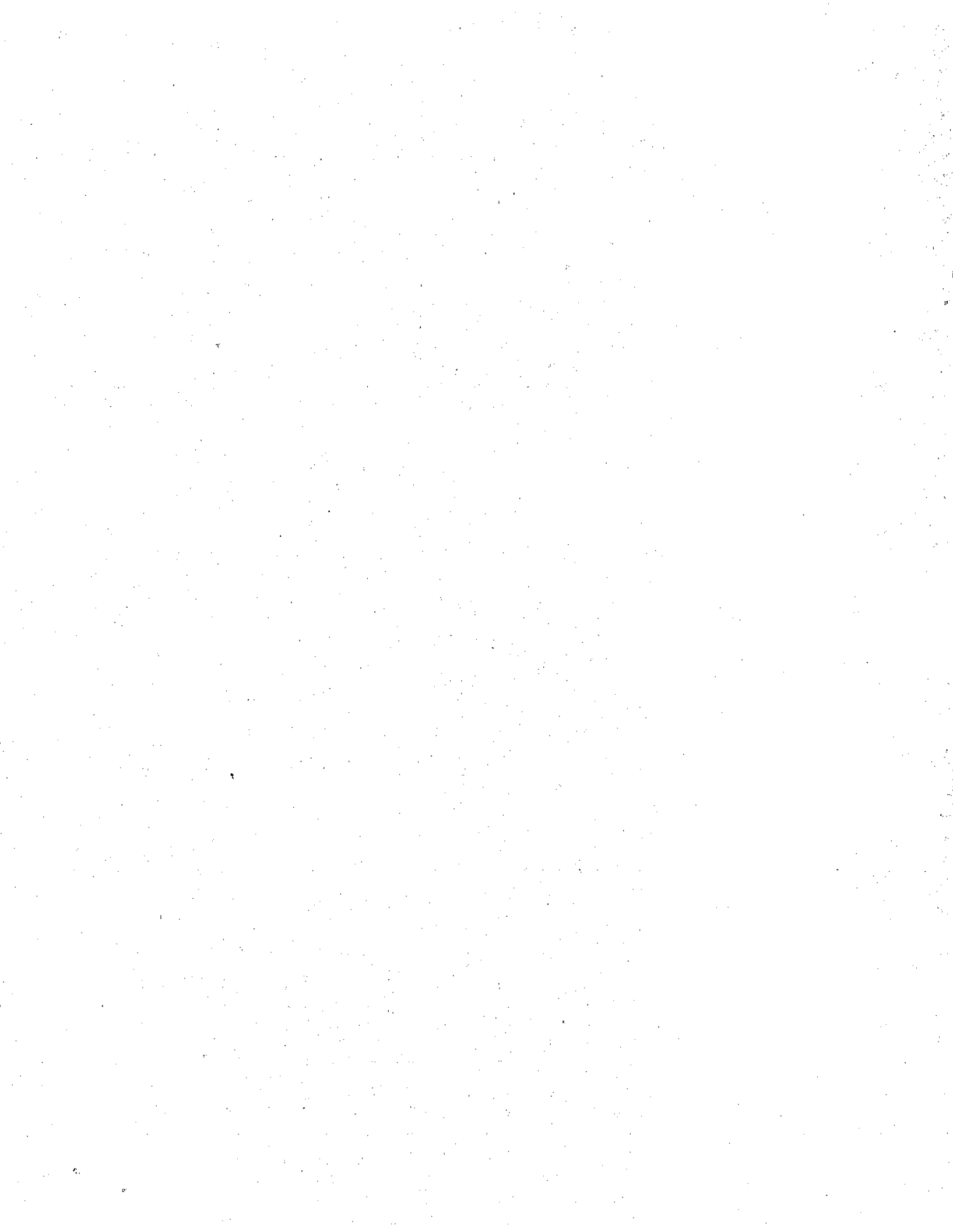
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:



NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
LORENZA BECERRA CAMARGO
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05



NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LILIANA TELLEZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



TOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
23430613		RODRIGUEZ VEGA JAQUELINE ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 65 111-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9555555	No

TOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Ansión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
5-01	2025-01	1258734601	9480506729	I	2025/02/05	2025/02/11	BANCOLOMBIA	6	\$649,900

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	
Cursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000			\$0	\$0
1	CC	23430613	RODRIGUEZ JAQUELINE	25-14	30	\$2,091,243	\$334,600	EPS008	30	\$2,091,243	\$261,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,091,243	\$51,000	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000			\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
23430613		RODRIGUEZ VEGA JAQUELINE ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 65 111-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Extensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
15-01	2025-01	1258734601	9480506729	I	2025/02/05	2025/02/11	BANCOLOMBIA	6	\$649,900

RESUMEN DE PAGO

DESCRIPCION	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
P (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,600	\$1,400	\$0	\$336,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$334,600	\$1,400	\$0	\$336,000
L (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$300	\$0	\$51,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$51,000	\$300	\$0	\$51,300
S (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$1,100	\$0	\$262,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$261,500	\$1,100	\$0	\$262,600
TOTAL				0	\$647,100	\$2,800	\$0	\$649,900



Notificación Transaccional

Bancolombia: Pagaste \$649,900.00 a APORTES EN LINEA desde tu producto *51 el 11/02/2025 09:38:05. ¿Dudas? Llámanos al 6045109095 o 018000931987. Estamos cerca.



¿Tienes claros tus gastos por pagos vs tus ingresos? **Visualiza esto y más Día a Día en App Bancolombia.**



QUIERO USAR DÍA A DÍA



QUIERO SABER MÁS

Esta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje.



Aquí algunos consejos y recomendaciones para que protejas tus datos:

