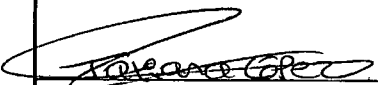
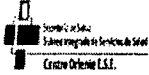
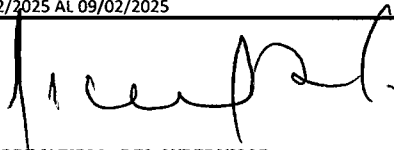
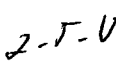


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				46.385.368	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 5335 2024		FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	5.330.760	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.199.421
Nº DE INFORME:	6		Nº CRP:	44647	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	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49599
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50722
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7689
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO		X
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
ITEM	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	EN LAS LOCALIDADES DE SAN CRISTÓBAL Y RAFAEL URIBE URIBE SE REALIZARON VISITAS DE SEGUIMIENTO BRINDANDO PSICOEDUCACIÓN FRENTE AL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES PARA LA VIDA ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PAUTAS DE CRIANZA EN EL DOMICILIO DE CADA UNO DE LOS USUARIOS CON LA FINALIDAD DE DAR CONTINUIDAD AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR, REALIZANDO LA DEBIDA ENTREGA DE LOS SOPORTES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD				
2	SE REALIZÓ EL DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES EN EL CUAL SE DEJÓ EVIDENCIADO LAS DIFERENTES VISITAS DESARROLLADAS DURANTE EL PERÍODO				
3	SE REALIZAN CARGUES EN EL APLICATIVO EN LÍNEA DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE CADA VISITA DOMICILIARIA SEGUIDO DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE FAMILIAS CON PLANES DE CUIDADO FAMILIAR CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN PRO DEL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES				
4	DE FORMA OPORTUNA Y CON CALIDAD SE REALIZA LA ENTREGA DE LOS DIFERENTES FORMATOS BASES Y APLICATIVO EN LÍNEA DEJANDO COMO EVIDENCIA LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR PARTE DE LA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA				
5	DURANTE EL DESARROLLO DE LAS VISITAS DE SEGUIMIENTO A FAMILIAS ACTIVAS DEL CONVENIO ANTERIOR SE DA CUMPLIMIENTO A LOS ESTÁNDARES Y PSICOEDUCACIÓN CON CADA UNO DE LOS USUARIOS INTERVENIDOS EN LAS LOCALIDADES DE SAN CRISTÓBAL Y RAFAEL URIBE URIBE				
6	SE ACTIVA Y NOTIFICA DE MANERA OPORTUNA LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES BRINDADAS A LOS USUARIOS EN SU DOMICILIO				
7	DE MANERA DIARIA SE DILIGENCIÓ DE MANERA COMPLETA LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO EN LÍNEA DE LAS DIFERENTES ATENCIONES REALIZADAS A LOS USUARIOS				
8	SE BRINDÓ APOYO EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y LAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD				
9	LA PROFESIONAL PARTICIPÓ EN ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES REQUERIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PERTENECIENTES A CADA PROCESO				
10	SE CUMPLIÓ CON LA PARTICIPACIÓN A LAS DIFERENTES REUNIONES CONVOCADAS POR LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	83645221		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	NUEVA EPS		11/02/2025	\$ 200.000	
PENSIÓN:	PORVENIR		11/02/2025	\$ 255.900	
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		11/02/2025	\$ 39.000	
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 494.900	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, 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 periodo correspondiente					
 YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 46.385.368 CEL: 3222569908					

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		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:	YIRA TATIANA LÓPEZ LAVERDE			CC:	46.385.368	
CORREO ELECTRÓNICO:	yirapsi82@yahoo.es			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 69 D 51 BL 5 AP 418			TELÉFONO:	3222569908	
				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.						
Régimen 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:	AHORROS	N° CUENTA:	008400714559
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5335 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44647	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 14.526.321
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.199.421 UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
 NOMBRE: YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE CC 46.385.368 CEL 3222569908						

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
NOMBRE DEL CONTRATISTA		YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		46.385.368		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 5335 2024	FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421	
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:	83645221	OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49599
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50722
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA 7689
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	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 scop 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		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE	CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	ytrapsi82@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	83645221	\$494.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	800156264-2	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre		NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301		Porvenir	800224808-6	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	494.900

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	46385368	YIRA TATIANA LOPEZ LAVERDE	CLL 25 N 68B 47 BL 1 APTO 902	3222569908	ytrapsi82@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	83645221	\$494.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cédula	Edad	Extranjero	Calificación	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Extranjero	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	46385368	LOPEZ LAVERDE YIRA TATIANA	59	0		N													230301	1,599,255	255,900	0	0	0	0	0	EPS037	1,599,255	200,000	14-7	1,599,255	3	39,000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, Yira tatiana lopez!

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 1259503960

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 494.900

Fecha de Transacción: 11/02/2025

