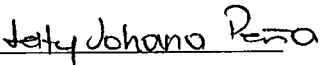


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.861.338
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 5336 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: 44648 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
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	ADICIONES 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49589 PRORROGAS 3 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	ADICIONES 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50726 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	ADICIONES 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7693 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
III. POLIZAS		
¿PACTO 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	DURANTE EL PERÍODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A FAMILIAS EN LAS FAMILIAS EN LAS LOCALIDADES SANTA FE SANCRISTOBAL CANDELARIA RAFAEL URIBE CON EVENTOS PRIORIZADOS EN SALUD MENTAL REALIZANDO VISITAS DOMICILIARIAS SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA EN SALUD MENTAL	
2	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DIARIO DE ACTIVIDADES EN CAMPO ASI COMO REUNION DE EQUIPO Y ASISTENCIAS TECNICAS QUE SE PROGRAMEN POR PARTE DE SECRETARIA DE SALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR DE LAS CUALES HA EVIDENCIA CON LISTADO DE ASISTENCIA	
3	SE DEJA REGISTRO DE VISITAS REALIZADAS EN CAPO EN LA LOCALIDAD SANTA FE, CANDELARIA, SAN CRISTOBAL Y RAFEL URUBE Y SE ENTREGA FORMATO DE CAPTURA DE DATOS COMO EVIDENCIA DE REALIZACION DEL SEGUIMIENTO EN CAMPO CON EL USUARIO CASO INDICE Y SU FAMILIA	
4	SE REALIZAN 6 HORAS ADMINISTRATIVAS EN ACTIVIDADES DE PORTALECIMIENTO DE EQUIPO	
5	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS REALIZADOS DURANTE LAS SESIONES EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES	
6	SE REALIZAN CANALIZACIONES NOTIFICACIONES A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS Y AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL PARA DAR RESPUESTA OPORTUNA A LAS NECESIDADES DE LAS FAMILIAS	
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS	
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO	
9	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	
10	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9480783921	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	FAMISANAR	11/02/2025
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/02/2025
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/02/2025
OTRO	CCF COMPENSAR	11/02/2025
TOTAL PAGADO		\$ 533.900
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 íbe 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 cps, arl, pensión, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo seocp 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		
 LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.861.338 CEL: 3125051407		



Secretaría de Salud
Subsecretaría 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:	LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS	CC:	52.861.338
CORREO ELECTRÓNICO:	leijope@hotmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 B SUR 52 A 60	TELÉFONO:	3125051407
		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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	03283077194
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

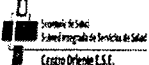
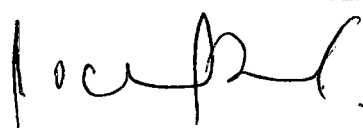
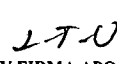
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 5336 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44648	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO		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

Leity Johana Peña

NOMBRE: LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS
CC 52.861.338
CEL 3125051407

	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		LEITY JOHANA PEÑA CUESTAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.861.338		
I. INFORMACION 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 5336 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:	9480783921	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	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49589
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50726
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA 7693
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 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		

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																													
Identificación	dv	Razon Social			Clase Aportante			Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF															
CC 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA			INDEPENDIENTE			PRINCIPAL		carrera 52 b # 37 a 37 sur		BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979572	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																													
Periodo		Clave			Tipo	Fecha			Pago																				
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago		Banco			Dias Mora		Valor															
2025-01	2025-01	1259246530		9480783921	I	2025/02/11		2025/02/11		NEQUI			0		\$526,900														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES						
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tdc	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lri	vip	Codigo	Días	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF		
1	CC 52861338	PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA																		231001	30	EPS017	30	CCF24	30	14-23	30	30	No
Total Afiliados(1)																													

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52861338		PEÑA CUESTAS LEITY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 52 b # 37 a 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7979572	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	1259246530	9480783921	I	2025/02/11	2025/02/11	NEQUI	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	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$255,900	\$0	\$0	\$255,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	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	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000	
TOTAL				1	\$526,900	\$0	\$0	\$526,900	



Pago exitoso

1 mensaje

NEQUI <somos@nequi.com.co>
Para: lauraquevedo002@gmail.com

mar, 11 de feb de 2025 a la hora 12:20 p. m.



¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en APORTES EN LINEA por \$526.900,00

Fecha: El 11 de febrero de 2025

Hora: 12:20 PM

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web:
www.nequi.com.co en el botón de "Ayuda" o llama a la línea de atención: (+57) 300 600 0100

¿Ya nos sigues en redes? ¡Siempre tenemos cosas nuevas!



Nequi

