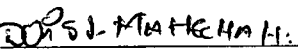
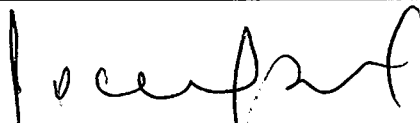
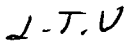
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.211.043
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 5367 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: 44811 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 3
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49614 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50763 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7727 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:	
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	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS	
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO	
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PUJOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS	
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS SAN JOSE OBRERO. GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL	
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS SAN JOSE. GUSTAVO. RESTREPO.	
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE	
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES	
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR	
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1069322646	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	07/02/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	07/02/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	07/02/2025 \$ 34.700
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 469.000
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 ibe 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, 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		
 DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.211.043 CEL: 3144397356		

 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:	DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ		CC:	52.211.043	
CORREO ELECTRÓNICO:	dmahe.subredcentroorient@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 89 28 SUR		TELÉFONO:	3144397356	
			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:	AHORROS	N° CUENTA:	004800307409
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 5367 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44811
					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 :
					\$ 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 NÚMEROS)	\$ 738.112				
	SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE				
DORIS L. MAHECHA H. NOMBRE: DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ CC 52.211.043 CEL 3144397356					

	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		DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.211.043
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 5367 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) DÍAS	
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069322646	OPERADOR: SIMPLE
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	\$ 738.112	CDP DE LA 4053 RP DE LA 49614 TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA 4120 RP DE LA 50763 TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA 46 RP DE LA 7727 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 cláusula "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	

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-10, 04:06:52 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1069322646

Periodo Cotización: enero de 2025

Periodo Servicio: enero de 2025

Referencia pago (PIN): 8810299514

PAGADO 07/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ		
Documento	CC52211043	Dirección	CR 8D #84 A - 44 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3144397356
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	VEF	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	VEF P	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52211043	DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ	56	00																(75-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.438	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 0	\$ 469.000





➤ Recibidos



serviciopse@... 7 feb.



para mí ▼



**¡Hola, DORIS LAURENCIA
MAHECHA HERNÁNDEZ !**

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

Estado de la Transacción: Aprobada Ⓢ

CUS: 1251851717

**Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE
PAGOS ELECTRONICOS S**

**Descripción: Pago PSE. Ref:8810299514-202501-
303392. idTrans:303392**

Valor de la Transacción: \$ 469.000

Fecha de Transacción: 07/02/2025

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.**