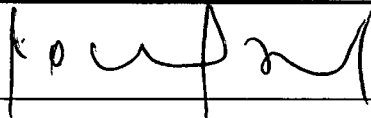
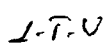
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
MADELEYDIS MERCADO URIETA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		64.702.437
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5689 2024
FECHA INICIO CONTRATO		5/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 666.325	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
		UN (1) MES Y CINCO(5) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.660.535	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
		\$ 1.195.040
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:
		Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y CINCO (5) 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:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	ADICIONES
		2
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	PRORROGAS
		2
CDP DE LA ADICIÓN:	4121	CRP DE LA ADICIÓN:
		TIEMPO PRORROGADO: NUEVE(9) DIAS
CDP DE LA ADICIÓN:	3662	CRP DE LA ADICIÓN:
		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:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, 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	SALIDAS A TERRENO ABORDANDO EL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR ENFOCADOS A LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES. BRINDANDO ATENCION INTEGRAL A FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES	
2	ASISTENCIA A ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO COMO COMITE O REUNIONES QUE PERMITEN FORTALECER HABILIDADES EN EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD	
3	DAR CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO EN CADA CASO ABORDANDO ME MANERA COMPLETA LAS FAMILIAS BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR. PAUTAS DE CRIANZA. MANEJO DE EMOCIONES. COMUNICACION ASERTIVA ENTRE OTROS	
4	DILIGENCIAR LOS FORMATOS CUMPLIENDO CON LOS CRITERIO Y ENTREGA DE PRODUCTOS CON CALIDAD Y EN LAS FECHAS ESTIPULADAS	
5	NOTIFICAR AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN EVENTOS DE NOTIFICACION EN SALUD PUBLICA. CANALIZAR CUANDO SE REQUIERA	
6	DILIGENCIAR CADA UNA DE LAS SESIONES ABORDADAS EN TERRENO POR PSICOLOGIA DE LOS EQUIPOS EBEN EN EL APLICATIVO GTAPS SEGUN CORRESPONDA EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ELABORANDO HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENTORNO HOGAR	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9481577279	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SANITAS	11/02/2025
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/02/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a cps, arl, pension, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop 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		
MADELEYDIS MERCADO MADELEYDIS MERCADO URIETA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 64.702.437 CEL: 3002533811		

		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: 28/02/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MADELEYDIS MERCADO URIETA			CC:	64.702.437
CORREO ELECTRÓNICO:	cosaspsicol@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25B 72 80			TELÉFONO:	3002533811
				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	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					0550488439932085
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5689 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
					UN (1) MES Y CINCO (5) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	5/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 4.664.277
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/2/2025 AL 9/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.195.040 UN MILLON CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL CUARENTA PESOS M/CTE				
 NOMBRE: MADELEYDIS MERCADO URIETA CC 64.702.437 CEL 3002533811					

		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			MADELEYDIS MERCADO URIETA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			64.702.437		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5689 2024		FECHA INICIO CONTRATO		5/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 666.325			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.660.535		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.195.040
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	2	Nº CRP INICIAL:	0	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y CINCO (5) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9481577279	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 (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION (2)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 3.997.952	CDP DE LA	4121	RP DE LA	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.997.952	CDP DE LA	3662	RP DE LA	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				
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 1/01/2025 AL 31/01/2025					
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

LES DEL APORTANTE							
dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
	MERCADO URIETA MADELEYDIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 25 B #72-80	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2814149	No

LES DE LA LIQUIDACION							
Clave		Tipo	Fecha		Pago		
alud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
-01	1258838205	9481577279	I	2025/02/11	2025/02/11	BANCO DAVIVIENDA	\$494,900

DETALLADA DE APORTES																					
PLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
acción	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
PAL (1 Afiliados)				\$1,599,228	\$255,900			\$1,599,228	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,228	\$39,000		\$0	\$0	
o: PRINCIPAL (1 Afiliados)				\$1,599,228	\$255,900			\$1,599,228	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,228	\$39,000		\$0	\$0	
epto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)				\$1,599,228	\$255,900			\$1,599,228	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,228	\$39,000		\$0	\$0	
37	MERCADO MADELEYDIS	25-14	30	\$1,599,228	\$255,900	EP5005	30	\$1,599,228	\$200,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,599,228	\$39,000	0	\$0	\$0	
Afiliados(1)				\$1,599,228	\$255,900			\$1,599,228	\$200,000			\$0	\$0			\$1,599,228	\$39,000		\$0	\$0	

10:09 M

18%

aportese...
rtesenlinea.com**Pagos aportes en línea****Pago electró**

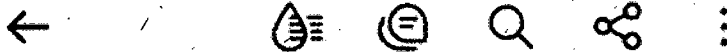
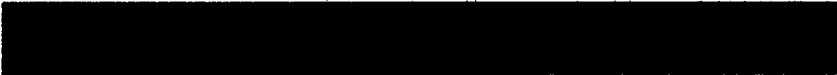
El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección	1111111111
Estado de la transacción	APROBADA
Clave planilla	9876543210
Valor	1000000
Período de pago	2025/01
No Transacción (CUT)	1234567890
Fecha	2025/02/11
Banco	BANCO DE VENEZUELA
Aportes en línea	1111111111

Aceptar

Imprimir



ComprobantePSE20250211100935 PDF



Pago PSE

El comercio electrónico

Código Único CUS
1258838205

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9481577279

Fecha
11/02/2025

Número de aprobación
00838205

Dirección IP
188.116.210.138

Valor transacción
\$ 494.900,00

Costo de la transacción
\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
188 116 210 138

Referencia 2
CC

Referencia 3
64702437



 Asistente de IA



Comentar Resaltar Dibujar Añadir t... Rellenar y... Más herra...