

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

NELLY PEREA FLOREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	26.339.725
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5189 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.460.272	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
----------------------------	--------------	----------------------------	-----------------------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.704.241	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 246.027
--	--------------	---	------------

Nº DE INFORME:	6	Nº CRP:	44715	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	\$ 553.561	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49719	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50751	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7717	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	DESCRIPCIÓN
1	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024
2	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR I.A. SDS PARA LOS EQUIPOS ETNICOS DIFERENCIALES.
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.
7	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)
8	REALIZAR PROCESO DE COMPRA Y PREPARACIÓN DE INSUMOS ANCESTRALES, PARA LAS FAMILIAS Y LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL.
9	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS A LAS FAMILIAS, DE SER NECESARIO.
10	ENTREGAR LAS FACTURAS DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES A LA SUBRED, OPORTUNAMENTE.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480676849	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SALUD TOTAL	10/02/2025	\$	178.400
PENSIÓN:	N/A	10/02/2025	\$	-
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025	\$	34.800
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 213.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA


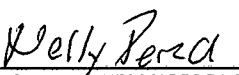
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, arl, pensión, rui)
- 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

Nelly Perea
 NELLY PEREA FLOREZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 26.339.725
 CEL: 3192967215

 Secretaría de Salud 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 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:	NELLY PEREA FLOREZ			CC:	26.339.725	
CORREO ELECTRÓNICO:	nellyperezaflorez@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14K 138C 39 SUR			TELÉFONO:	3192967215	
				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:	004870471143
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 5189 2024	N° CDP:	4053	N°CRP:	44715	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 : \$ 6.704.241
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 246.027					
	DOSCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL VEINTISIETE PESOS M/CTE					
						
NOMBRE:	NELLY PEREA FLOREZ					
CC	26.339.725					
CEL	3192967215					



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

NELLY PEREA FLOREZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

26.339.725

I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5189 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.460.272

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.704.241 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 246.027

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 6 **Nº CRP INICIAL:** 44715 **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: 9480676849 **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	\$ 553.561	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49719	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50751	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	46	RP DE LA	7717	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.

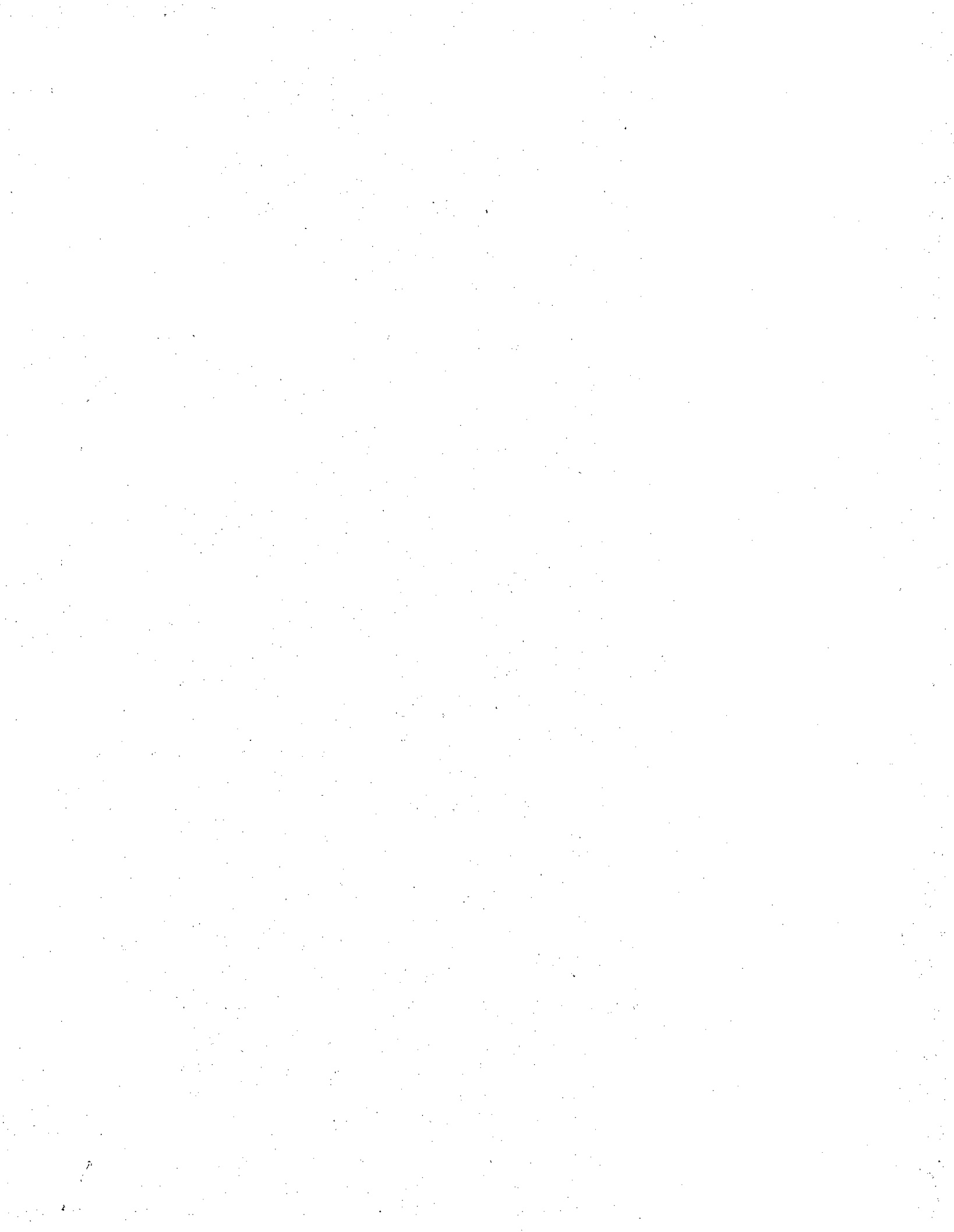
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 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 GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26339725		PEREA FLOREZ NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 25a # 9-94	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2487656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	
2025-01	2025-01	1252398325	9480676849	I	2025/02/07	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	3	
								Valor	\$213,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																												
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																											
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	lde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	prct	lri	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo		Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF																			
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																												
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$0	\$0	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$212,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						\$0	\$0	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$212,700
1	CC 26339725	PEREA NELLY																			0	\$0	EPS002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	2.436%	\$34,700	0	\$0	\$0	\$0	\$0	No	\$212,700																				
Total Afiliados(1)																						\$0	\$0	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$1,423,500	\$34,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$212,700						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26339725		PEREA FLOREZ NELLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 25a # 9-94	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2487656	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	
2025-01	2025-01	1252398325	9480676849	I	2025/02/07	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	3	
								Valor	\$213,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
TOTAL				1	\$212,700	\$500	\$0	\$213,200	

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1252398325

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9480676849

Fecha

07/02/2025

Número de aprobación

00398325

Dirección IP

181.137.164.115

Valor transacción

\$ 213.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

192.168.12.180

Referencia 2

CC

Referencia 3

26339725