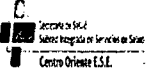
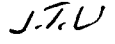


 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y										
ANGELICA QUERAGAMA ARCE										
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.007.213.642						
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 5214 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:		\$ 553.561				
N° DE INFORME:		6		N° CRP:		44739				
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS		N° CDP:		3662				
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										
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		3		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES				
VALOR ADICIONADO		\$ 553.561		CDP DE LA ADICIÓN:		4053				
VALOR ADICIONADO		\$ 1.845.204		CDP DE LA ADICIÓN:		4120				
VALOR ADICIONADO		\$ 1.845.204		CDP DE LA ADICIÓN:		46				
III. POLIZAS										
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI		NO		X			
N° 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. DESARROLLAR ACCIONES POR MEDIO DE LA GESTION COMUNITARIA YA SEA A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIO DE ACUERDO CON LAS INTERVENCCIONES ESPECIFICAS DEL PRODUCTO J7 Y J8								
2		REALIZAR ACTIVIDADES Y SOPORTE ENMARCAIDOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR								
3		DESARROLLO ACCIONES DE MANERA EFECTIVO Y CON CALIDAD PARA APUNTAR AL MEJORAMIENTO TENIENDO EN MENTE LAS CONSIGNAS QUE DAN LOS LINEAMIENTOS								
4		DESARROLLAR LAS LECTURA Y APROPIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO OPERATIVO DE LA ACCION INTEGRAL DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR								
5		DESARROLLO DE ACCIONES A PARTIR DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA POBLACIÓN EMBERA CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS QUE HACEN POR PARTE DE LA RELACIÓN PS PIC								
6		REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LAS FAMILIAS EMBERA								
7		REALIZAR EVALUACION DE LA COMUNIDAD INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC								
8		ORGANIZAR LOS SOPORTES DE LA GESTION DOCUMENTAL								
9		DESARROLLAR FORMATOS QUE JUSTIFIQUEN LAS ACCIONES EN LAS ATENCIONES EN SALUD								
10		REALIZAR ACCIONES COMO GESTOR COMUNITARIO PARA E PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVA SEGUN REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR								
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL										
No. DE PLANILLA:		1069267232		OPERADOR:		SIMPLE				
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO				
SALUD:		CAPITAL SALUD		10/02/2025		\$ 178.000				
PENSIÓN:		PORVENIR		10/02/2025		\$ 227.800				
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR		10/02/2025		\$ 34.700				
OTRO										
TOTAL PAGADO							\$ 440.500			
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, 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										
Angelica Queragama Arce										
ANGELICA QUERAGAMA ARCE NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.007.213.642 CEL: 3178754540										

 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 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:	ANGELICA QUERAGAMA ARCE	CC: 1.007.213.642
CORREO ELECTRÓNICO:	angelicaqueragama@gmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 A 37 04	TELÉFONO: 3178754540
		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:	BANCO CAJA SOCIAL	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
	Nº CUENTA:	24099678973
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	PS 5214 2024	Nº CDP: 4053
		NºCRP: 44739
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)	\$ 553.561	
QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE		
Angelica Queragama Arce NOMBRE: ANGELICA QUERAGAMA ARCE CC 1.007.213.642 CEL 3178754540		

		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			ANGELICA QUERAGAMA ARCE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.007.213.642		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5214 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:	
				\$ 553.561	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL:	
				44739	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1069267232		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		\$ 553.561		ADICIÓN (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.845.204		PRÓRROGA (3)	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.845.204		UN (1) MES	
				UN (1) MES	
				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			

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-10, 01:25:13 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1069267232

Período Cotización: enero de 2025

Período Servicio: enero de 2025

Referencia pago (PIN): 8810094220

PAGADO 10/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA QUERAGAMA ARCE		
Documento	CC1007213642	Dirección	CL 4 #14 - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3202276145
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

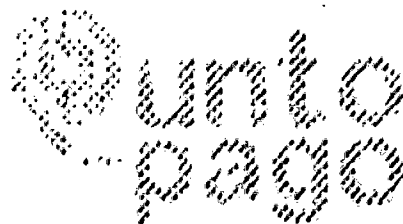
II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TUE	TUE P	TUE	TUE P	VER	VER P	VER	VER P	VER	VER P	VER	VER P	VER	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1007213642	ANGELICA QUERAGAMA ARCE	57	00																												\$ 440.500	

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, Salidas 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	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500

Sistema de pago



RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 10/02/25 Hora: 01:04:13 p.m.

Id comercio: 20235

No. Terminal: 10744

Id Trx: 57351221

Id Aut: 075265

Comercio: PDP - KIOSCO-EXITO RESTREPO

Dirección: CR 20 14 17 SUR

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE

referencia: 8810094220

Valor: \$ 440.500

ORIGINAL

Para cualquier reclamo es indispensable presentar este
recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá 7561616 o
gratis en el resto del país 018000-522222.