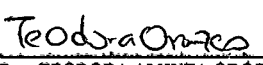
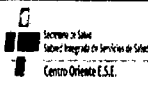
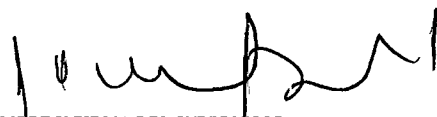
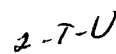
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.090.380.344
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ÉTNICO 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 5215 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: 44740 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: 49699 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50782 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7746 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	REALIZAR PROCESO DE COMPRA Y PREPARACIÓN DE INSUMOS ANCESTRALES, PARA LAS FAMILIAS Y LAS ACCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL.	
2	ENTREGAR LAS FACTURAS DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES A LA SUBRED, OPORTUNAMENTE.	
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERÍODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10- AL 31 2024	
4	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE.	
5	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.	
6	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILÓBO ARONI.	
7	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.	
8	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)	
9	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS A LAS FAMILIAS, DE SER NECESARIO.	
10	REALIZAR PRE CRÍTICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1069252888	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	10/02/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/02/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BÓLIVAR	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 período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el íbc se calculó 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, 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 período correspondiente		
		
TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.090.380.344 CEL: 3219727818		

 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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA							
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025							
NOMBRES Y APELLIDOS:		TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ			CC:		1.090.380.344
CORREO ELECTRÓNICO:		aminta.orozco1985@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 5 C 20 19			TELÉFONO:		3219727818
					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 DESPLEGABLE)				TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24113030763
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:	PS 5215 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44740	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: TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ CC 1.090.380.344 CEL 3219727818							

		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			TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.090.380.344		
I. INFORMACION 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 5215 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:	44740	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:		1069252888	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):		ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49699
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50782
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	46	RP DE LA	7746
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			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEVA 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 I

AUTOLIQUIDACIÓN CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 04:16:36 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1069252888

Periodo Cotización: enero de 2025

Periodo Servicio: enero de 2025

Referencia pago (PIN): 8822483630

PAGADO 10/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ		
Documento	CC1090380344	Dirección	CL 5C #20 - 19
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3219727818
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 Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	PRE	TAE	TAP	VSP	VST	SUN	UNA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EPS	Días EPS	Días EPS	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 1090380344	TEODORA AMINTA OROZCO GOMEZ	57	00												0	30	30	30	0	(203001) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.430	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III.TOTALES

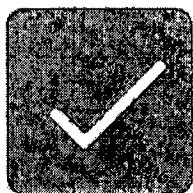
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500



Comprobante de pago

Nequi

¡Pago exitoso!



Superintendencia de Bancos
de Colombia
VISUALIZADO

Pago en

Sistema Integrado

Múltiple De Pagos

¿Cuánto?

\$ 440.500,00

Fecha

10 de febrero de 2025

a las 09:28 p. m.

Referencia

M15323948