

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUIS FERNANDO GIRALDO RONCANCIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 79.766.097

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 5337 2024 **FECHA INICIO CONTRATO** 23/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 5.330.760 **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.526.321 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 1.199.421

N° DE INFORME: 6 **N° CRP:** 44649 **N° 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

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49594	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50688	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7656	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

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

ITEM	(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	SE REALIZAN 54 VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO EN LA LOCALIDAD 4 SAN CRISTOBAL, 7 VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO EN LA LOCALIDAD 18 RAFAEL URIBE URIBE. SE REALIZARON 7 VISITAS DOMICILIARIAS DE ACTUALIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE. 13 VISITAS DOMICILIARIAS DE CIERRE EN LA LOCALIDAD 4 SAN CRISTOBAL Y 1 VISITA DOMICILIARIA DE CIERRE EN LA LOCALIDAD 18 RAFAEL URIBE URIBE. PARA UN TOTAL DE 82 VISITAS DOMICILIARIAS.
2	SE PRESENTAN LAS PLANILLAS DE SOPORTE DE LAS ACCIONES REALIZADAS A LOS USUARIOS, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS Y ANEXOS TECNICOS DEL CONVENIO
3	SE REALIZA ASISTENCIA AL PROCESO DE ASISTENCIA TECNICA, REUNIÓN DEL EQUIPO EBEH LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE
4	SE REALIZA LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD, DE CADA UNO DE LOS FORMATOS DE ASISTENCIA, DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS, GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS CON LOS USUARIOS EN SUS DOMICILIOS.
5	SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN EL APLICATIVO GTAPS A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO, CON POSTERIORIDAD A LA INTERVENCIÓN
6	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS DE SESIONES DE PLANES DE CUIDADO FAMILIAR A COMPLETITUD, ORGANIZADO DE ACUERDO A LA FECHA DE ABORDAJE Y GUARDADO EN CARPETA HASTA REALIZAR CIERRE DE LA FAMILIA PARA POSTERIOR ARCHIVO.
7	CARGUI DE SEGUIMIENTOS AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN APLICATIVO GTAPS DE LA SDS, VERIFICANDO LA COMPLETITUD DEL DATO.
8	DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO EN EXCEL DE CANALIZACIÓN SIRC Y ENVÍO A CORREO ELECTRÓNICO CANALIZACIONESECEH@GMAIL.COM DE LOS USUARIOS A QUIENES SE IDENTIFICARON ALERTAS EN SALUD ACTIVANDO RUTAS DE RIESGO BAJO Y ALTO A LA RESPECTIVA EAPE.
9	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
10	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4587128369	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	10/02/2025	\$ 200.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/02/2025	\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/02/2025	\$ 39.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 495.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA


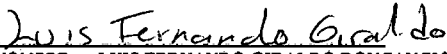
- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el íbc se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secep 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.

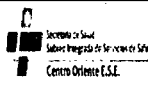

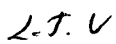
VII. ANEXOS

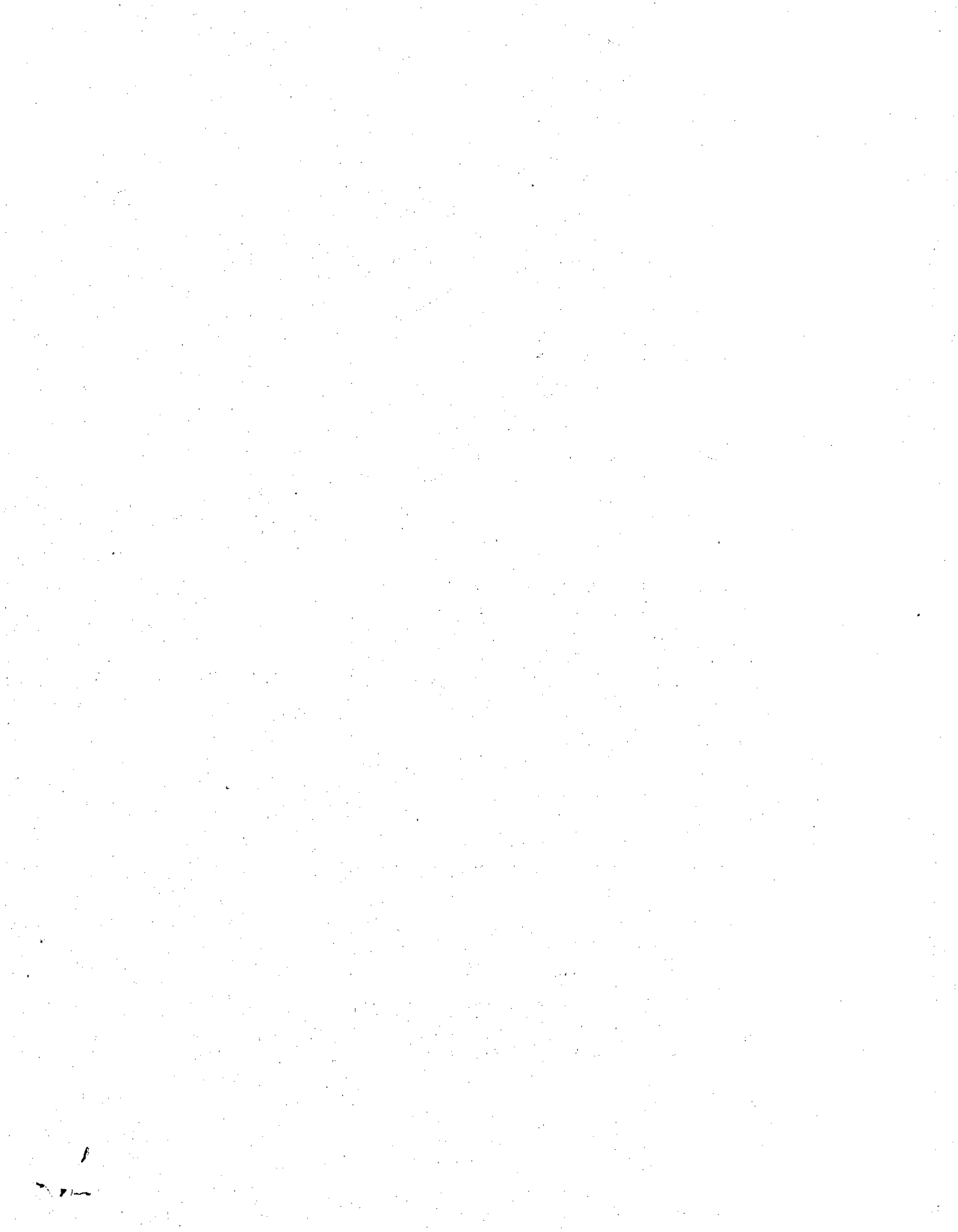
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Luis Fernando Giraldo
LUIS FERNANDO GIRALDO RONCANCIO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 79.766.097
CEL: 3134830767

 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:	LUIS FERNANDO GIRALDO RONCANCIO			CC:	79.766.097	
CORREO ELECTRÓNICO:	fergiraldo@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 83 96 51 IN 6 AP 507			TELÉFONO:	3134830767	
				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:	BBVA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						928191774
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5337 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44649	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : S 14.526.321	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.199.421					
	UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
						
NOMBRE:	LUIS FERNANDO GIRALDO RONCANCIO					
CC	79.766.097					
CEL	3134830767					

		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				LUIS FERNANDO GIRALDO RONCANCIO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				79.766.097					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5337 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.330.760							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.526.321		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:		\$ 1.199.421			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		6		Nº CRP INICIAL:		44649			
				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:		4587128369		OPERADOR:		SOI			
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD							
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCION 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 MODIFICACION:		Nº (3)		TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):		ADICION (3)			
VALOR ADICIONADO		\$ 1.199.421		CDP DE LA		4053			
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		RP DE LA		49594			
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		CDP DE LA		4120			
				RP DE LA		50688			
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070		CDP DE LA		46			
				RP DE LA		7656			
				TIEMPO		UN (1) MES			
				TIEMPO		UN (1) MES			
				TIEMPO		UN (1) MES			
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 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							



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9566064102

DV: 446185

Cajero:

NAHETABE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

10/02/2025 16:21:17

PS Recaudador:

010387 SERVIENTREGA PORTAL DE LA 80

Cantidad cupones:

1

Identificación:

79766097

Nombre:

HJGHJGHJG

Apellido 1:

GJAGJAGJG

Apellido 2:

GHPJGJHGJH

TIPO DOCUMENTO:

CEDULA DE

CIUDADANIA

TELÉFONO:

3123335444

Código Planilla:

4587128369

Periodo Pago:

2025/01

Valor Comisión:

0

Valor Iva Comisión:

0

Referencia

Valor

79766097

\$495.000,00

Valor recibido:

\$495.000,00

Forma de pago:

EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
valido para atender cualquier