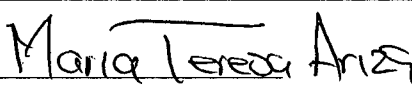
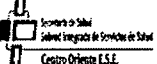
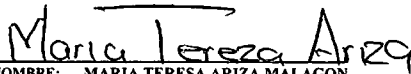
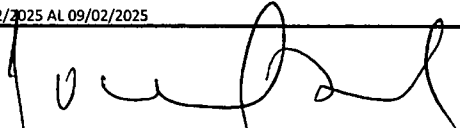
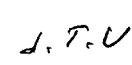


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
MARIA TERESA ARIZA MALAGON		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.019.510
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 5346 2024	FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 489.401
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44657 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
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49575 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50743 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7709 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 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)	
1	SE DIRECCIONO DE USUARIOS AL PERFIL SOCIAL PARA GESTIÓN SE CITAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y MEDICAMENTOS	
2	SE REALIZA ACTUALIZACIÓN DIARIA DE CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES DURANTE 9 DÍAS EN EL DRIVE COMPARTIDO POR EL APOYO A LA GESTIÓN SE REALIZA ACTUALIZACIÓN DIARIA DE CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES DURANTE 9 DÍAS EN EL DRIVE COMPARTIDO POR EL APOYO A LA GESTIÓN	
3	SE REALIZA TRASLADO DE USUARIOS A VALORAR POR UNIDAD MÓVIL Y REMITIDOS A HOSPITAL SANTA CLARA, HOSPITAL SUBA, HOSPITAL MATERNO INFANTIL, HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	
4	SE REALIZARON RECORRIDOS DURANTE 9 EN LA UNIDAD UPI LA RIOJA PASANDO POR CADA UNA DE LAS HABITACIONES Y CAMBUCHES DONDE SE IDENTIFICARON RIESGO EN SALUD EN LA COMUNIDAD EMBERÁ CUMPLIENDO CON LINEAMIENTOS DEL CONVENIO 37 DIRECCIONADOS DE SDS	
5	SE REALIZO DILIGENCIAMIENTO DE DRIVE DIARIO DE SDS CON LAS EDADES DE NUEVAS GESTANTES Y MENORES RECIÉN NACIDOS	
6	SE REALIZO JORNADA DE SALUD A LA COMUNIDAD EMBERÁ DONDE SE ATENDIERON A 22 USUARIOS	
7	SE REALIZARON VALORACIONES CEFALOCAUDALES A LA POBLACION EMBERA COMO RESULTADO DE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE SALUD	
8	SE REALIZA SEGUIMIENTOS POS EGRESOS HOSPITALARIOS, DONDE SE INFORMA SOBRE GUÍA PARA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, Y SE GESTIONA CON PERFIL SOCIAL REMISIONES Y FÁRMACOS PENDIENTES PARA TERMINAR TRATAMIENTO	
9	SE REALIZA SEGUIMIENTOS POS EGRESOS HOSPITALARIOS, DONDE SE INFORMA SOBRE GUÍA PARA ADHERENCIA A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO, Y SE GESTIONA CON PERFIL SOCIAL REMISIONES Y FÁRMACOS PENDIENTES PARA TERMINAR TRATAMIENTO	
10	SE REALIZARON VALORACIONES CEFALOCAUDALES A LA POBLACION EMBERA COMO RESULTADO DE LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE SALUD	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
Nº DE PLANILLA:	1070327061	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	10/02/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/02/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/02/2025 \$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	10/02/2025 \$ 30.700
TOTAL PAGADO		\$ 471.200
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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 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		
 MARIA TERESA ARIZA MALAGON NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.019.510 CEL: 3138536394		

		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:	MARIA TERESA ARIZA MALAGON			CC:	52.019.510
CORREO ELECTRÓNICO:	mtarizam@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 70 C 57 24			TELÉFONO:	3138536394
				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:	ITAU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	17111741
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5346 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44657
				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 :
				\$ 8.939.359	
PERIODO OBJETO DE CORRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 489.401				
CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS UN PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: MARIA TERESA ARIZA MALAGON CC 52.019.510 CEL 3138536394					

	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		MARIA TERESA ARIZA MALAGON				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		52.019.510				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 5346 2024	FECHA INICIO CONTRATO	23/10/2024			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 489.401			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44657	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:	1070327061	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):		ADICIÓN (3)	PRÓRROGA (3)	
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49575	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50743	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA	7709	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				

