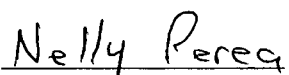
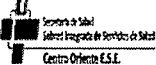
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:	
				\$ 236.667	
Nº DE INFORME:		6		Nº CRP:	
				44715	
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					
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 TÉCNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS 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	
SALUD:		SALUD TOTAL		10/02/2025	
PENSIÓN:		N/A			
RIESGOS LABORALES:		SURA		10/02/2025	
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 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 período correspondiente					
					
NELLY PEREA FLOREZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 26.339.725 CEL: 3192967215					

 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:	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		()	
<p>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.</p>			
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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		N° CUENTA:	004870471143
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 (L.ETRAS Y NÚMEROS)	\$ 236.667		
	DOSCIENTOS TREÍNTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE		
<p><i>Nelly Perea</i></p>			
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. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 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: \$ 236.667

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 - 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)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$	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)

¿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 scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la cláusula "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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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	1	2025/02/07	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	3
								\$213,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES																																																		
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes																	
No.	Identificación	Nombre	ing	re	de	lo	co	de	to	pa	so	co	ra	si	ni	ge	na	va	ca	pr	re	tr	va	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)																																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																																		
1	CC 26339725	PEREA NELLY																							0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	0	0	\$0	\$0	No					
Total Afiliados(1)																						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	\$0	\$0	\$212,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	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	1	2025/02/07	2025/02/10	BANCO DAVIVIENDA	3
								\$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