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 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

CARMENZA TRUILLO LEAL

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			26.427.330		
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 4279 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.665.301**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 12.225.621**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 173.824
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:**	7774	**N° CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**		
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° 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	SALIDAS A TERRENO ABORDANDO EL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR ENFOCADOS A LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES, BRINDANDO ATENCION INTEGRAL A FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES
2	ASISTENCIA A ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO COMO COMITE O REUNIONES QUE PERMITEN FORTALECER HABILIDADES EN EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD
3	DAR CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO EN CADA CASO ABORDANDO ME MANERA COMPLETA LAS FAMILIAS BRINDANDO ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL Y ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR, PAUTAS DE CRIANZA, MANEJO DE EMOCIONES, COMUNICACION ASERTIVA ENTRE OTROS
4	DILIGENCIAR LOS FORMATOS CUMPLIENDO CON LOS CRITERIO Y ENTREGA DE PRODUCTOS CON CALIDAD Y EN LAS FECHAS ESTIPULADAS
5	NOTIFICAR AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN EVENTOS DE NOTIFICACION EN SALUD PUBLICA, CANALIZAR CUANDO SE REQUIERA
6	DILIGENCIAR CADA UNA DE LAS SESIONES ABORDADAS EN TERRENO POR PSICOLOGIA DE LOS EQUIPOS EBEH EN EL APLICATIVO GTAPS SEGUN CORRESPONDA EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR ELAVORANDO HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENTORNO HOGAR
7	DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CON LAS ACTIVIDADES ABORDADAS A DIARIO EN TERRENO Y LABORES ADMINISTRATIVAS
8	PROGRAMAR USUARIOS EN LA VISITA A TERRENO Y DAR CUMPLIMIENTO
9	ENTREGAR LOS FORMATOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS SIN TACHONES NI ENMENDADURAS
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ -**

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
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

Carmenza Truillo

CARMENZA TRUILLO LEAL
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 26.427.330
CEL: 3105541124

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: 28/02/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARMENZA TRUILLO LEAL**	**CC:**	26.427.330
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	catrule1984@gmail.com	**TELÉFONO:**	3105541124
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 71A 17 57	**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 DE BOGOTA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**038786281**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 4279 2025**	**N° CDP:**	**55**	**N°CRP:**	**7774**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**9/02/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$ 12.225.621**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	21/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 173.824					
	CIENTO SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE					

Carmenza Truillo

NOMBRE: **CARMENZA TRUILLO LEAL**
CC **26.427.330**
CEL **3105541124**

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 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			**CARMENZA TRUILLO LEAL**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**26.427.330**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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 4279 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2025**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.665.301				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 12.225.621		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 173.824	
N° PAGO / N° DE INFORME:	1	**Nº CRP INICIAL:** 7774	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	55	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:			**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
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					
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**	**RP DE LA**	**TIEMPO**	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° DE POLIZA:		**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 articulo 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 21/01/2025 AL 31/01/2025

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**