

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

ROSA EDILMA CORDOBA SERNA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.045.137.886

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 5211 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: 44736 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:	49734	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50783	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7747	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	DESCRIPCIÓN
1	SEGUIMIENTO Y CARGUE DE FAMILIAS ABORDADAS PARA EL MANTENIMIENTO Y EDUCACIÓN EN SALUD.
2	SEGUIMIENTO Y CARGUE DE FAMILIAS ABORDADAS PARA EL MANTENIMIENTO Y EDUCACIÓN EN SALUD.
3	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE A DESARROLLAR ORGANIZADAS DESDE EL EQUIPO KILOMBO OBATALA Y CONCERTACION CON COMUNIDAD.
4	ACCION COLECTIVA SEGUN ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD
5	MANEJO ASISTENCIA DOCUMENTAL Y ADMINISTRATIVA DE FAMILIAS.
6	ASISTENCIA TECNICA MANEJO Y CARGUE FAMILIAS APLICATIVO
7	APOYO ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL POBLACION EN GENERAL EN EL KILOMBO OBATALA
8	SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A NECESIDADES PROPIAS DE LAS FAMILIAS Y CONDICIONES DE SALUD EN RAFAEL URIBE
9	SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A NECESIDADES PROPIAS DE LAS FAMILIAS Y CONDICIONES DE SALUD CANDELARIA
10	MANEJO ANCESTRAL AFRO INDIVIDUALES EN EL KILOMBO OBATALA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070298232	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:	SEGUROS BOLIVAR	10/02/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	10/02/2025	\$ 28.500
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 469.000</b>

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 SMLMLV ( 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.


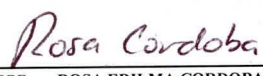
VII. ANEXOS

(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

*Rosa Cordoba*

ROSA EDILMA CORDOBA SERNA  
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA  
 CC: 1.045.137.886  
 CEL: 3205448638

 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	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:		ROSA EDILMA CORDOBA SERNA			CC:	1.045.137.886
CORREO ELECTRÓNICO:		rosaedilmac@hotmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 49 A BIS SUR 10 D 20			TELÉFONO:	3205448638
					CIUDAD:	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
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 párrafo 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:		DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5211 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44736	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 NÚMEROS)	\$ 236.667					
	DOSCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
						
NOMBRE:	ROSA EDILMA CORDOBA SERNA					
CC	1.045.137.886					
CEL	3205448638					



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

ROSA EDILMA CORDOBA SERNA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.045.137.886

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5211 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:

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:

1070298232

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 – PRORROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 553.561	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49734	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50783	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 1.845.204	CDP DE LA	46	RP DE LA	7747	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		

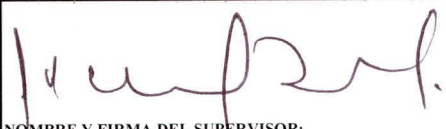
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS


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

