

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE
PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION

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
CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 20.740.015

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4236 2025 FECHA INICIO CONTRATO 14/1/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 20.167.852 PLAZO INICIAL DEL CONTRATO TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 20.167.852 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.550.785

Nº DE INFORME: 3 Nº CRP: 7869 Nº CDP: 1

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACION	ADICIONES	PROROGAS

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 DE LA ACTIVIDAD
1	Descargar de Dinámica base resolución 202, consolidar información de procedimientos y atenciones y realizar cargue de los reportes establecidos por ministerio de salud, resolución 202 del 2021 que corresponde a las actividades relacionadas con las intervenciones individuales de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atención en salud para la población materno perinatal: Se realiza el informe del IV trimestre de Capital salud y fondo financiero, entrega de ajustes solicitados DISCO-E- CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA - RESOLUCION 202 - REPORTE RES FEBRERO 2025, correo electrónico de reportesgestionriesgo@subredcentrooriente.gov.co).
2	cumplir con el requerimiento de cuenta de alto costo para las resolución 1393 del 2015 artritis reumatoide, cancer 247 del 2014, hemofilia 123 del 2015, huérfanas 1392 del 2010, enfermedades degenerativas, esclerosis múltiple y enfermedad de gaucher, en las fechas establecidas y bajo los parámetros de los lineamientos técnicos, con calidad y veracidad con previa validación de la información en realización a los soportes clínicos como son historia clínica, laboratorios y ayudas diagnósticas con los que cuenta la subred integrada de servicios de salud centro oriente
3	dar respuesta a los procesos de auditoria y el seguimiento de los planes de mejora que se deriven de esta para mejorar la calidad de la información.
4	realizar los analisis de la informacion en salud de acuerdo a las directrices de la entidad y las necesidades de la direccion del gestion del riesgo en salud.
5	informar y generar las alertas del riesgo y planes de mejora a los que haya lugar para garantizar la calidad y oportunidad del dato posteriormente realizar la retroalimentacion a cada involucrados.
6	realizar la medicion, analisis y entrega de los indicadores asignados y aquellos que sean requeridos por la direccion de gestion integral del riesgo en salud, realizando el monitoreo de los mismos en cada una de las unidades de la subred integrada de servicios de salud centro oriente e.s.e.
7	realizar informes en cumplimiento de protocolos con la calidad y oportunidad requerida por la normatividad vigente.
8	garantizar la disponibilidad de informacion oficial de los indicadores de la entidad en lo relacionado a la atencion integral en salud en tableros de control y otros instrumentos requeridos, cumpliendo con la calidad y periodicidad requerida.
9	participar en la construccion de indicadores institucionales, seguimiento y reporte oportuno de los mismos, revisando el cumplimiento de los criterios de calidad requeridos en toda la informacion entregada, a aseguradoras, entidades de control y otras solicitadas por la entidad.
10	realizar la gestion documental de cada actividad realizada durante el mes la actividad debera ser realizada de manera mensual.
11	radicar en gestion documental los soportes obtenidos durante la ejecucion del contrato de acuerdo a las especificaciones de archivo y con los criterios de la tabla de retencion documental, al finalizar la ejecucion del contrato no se debera contar con archivo pendiente para almacenamiento.
12	las demas que la supervision considere necesaria en mejora de los productos y solicitudes que se modifiquen o actualicen. Contendidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84349825	OPERADOR:	MIPLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	11/03/2025	\$ 276.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/03/2025	\$ 354.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/03/2025	\$ 54.000
OTRO	0		\$
TOTAL PAGADO			\$ 684.700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

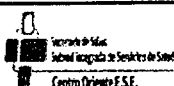
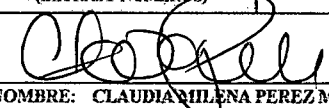
- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- Que realizó el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ruf)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

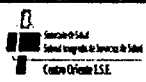
VII. ANEXOS

(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

CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 20.740.015
 CEL: 3209644375

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-JA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA		CC: 20.740.015
CORREO ELECTRÓNICO:	clauspern.cp@gmail.com		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 2 este 7 63		TELÉFONO: 3209644375
		CIUDAD:	MADRID C/MARCA
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 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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	457070066388
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4236 2025	Nº CDP:	1
		Nº RP:	7869
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025
			PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 20.167.852
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.550.785		
CINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE			
			
NOMBRE:	CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA		
CC	20.740.015		
CEL	3209644375		



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
 APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
 FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y
 APOYO A LA GESTIÓN

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

CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

20.740.015

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO EPIDEMIOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 4236 2025 FECHA INICIO CONTRATO 14/01/2025
 VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 20.167.852

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 20.167.852 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.550.785

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 3 de 3 Nº CRP INICIAL: 7869 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 84349825 OPERADOR: MIPLANILLA

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN: TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRORROGA):

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 SECOF?	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 seconf 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 01/03/2025 AL 31/03/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:
 LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
 FRANCY CECILIA PERDOMO ODONTOLOGA GRADO 214-28

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20740015	CLAUDIA MILÉNA PEREZ MAHECHA	Diagonal 5 a # 37 b 49	3209644375	claupepm.cp@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE RUCURBAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	
ÚNICA	1-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-02	2025-02		11/03/2025	84349825	6684.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS09	Compensar EPS	860066042-7	275.700	0	0	0	0	0	5	000,00	0	276.600	1

TOTALES PENSION													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FBP Solidaridad	Aporte FBP Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FBP	Total a Pagar	No. Afiliados	
													25-14

TOTALES RIEGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Directos Sistema	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subsidio Cotización	No. Realización Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	800011953-6	53.800	0	0	53.800	16	200	54.000	0	0	0	538	54.000	0

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
			0	0	0	0	0		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IOE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.700	276.600
Pensión	1	352.900	354.100
Riesgos Laborales	1	53.800	54.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	682.400	684.700



Aumentar el contraste

UTC -5 21:15:47

CLAUDIA MILENA PE...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

Porcentaje Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 4236 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	PS 4236 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4236 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4236 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >