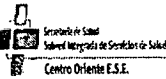
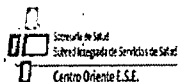
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				40.938.792	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 948-2023 SAN CRISTOBAL			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4447 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.233.333		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 11.733.333		UN (1) MES Y (1) DIA	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		4CR CENTRO DE SALUD CRUCES		\$ 5.500.000	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 005			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I		PRORROGAS	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.500.000		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		(1) UN MES	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		N/A	
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			
1		Para el periodo se realizaron entregas de los Dispositivos de Asistencia Personal a las personas con discapacidad beneficiadas en el convenio interadministrativo N° 948/2023. Se realizaron entregas de los dispositivos en punto fijo en la Alcaldía Antonio San Cristobal con las personas con discapacidad y acompañamiento de Alcalde, Veeduría y Apoyo a la supervisión las entregas de los Dispositivos fueron sillas de ruedas sillas sanitarias elementos cognitivos visuales , tablet , camas , colchones			
2		Se elaboran los informes mensuales de actividades del periodo que, mencionan los avances de las actividades ejecutadas desde el anexo tecnico según lo programado desde anexo tecnico los informes son los siguientes: Informe actividades de gobierno, Informe físico financiero y Informe ejecutivo del convenio interadministrativo 948/2023			
3		Organización y alistamiento administrativo para el otorgamiento de los dispositivos del convenio interadministrativo N° 948/2023 de Dispositivos de Asistencia Personal con el diligenciamiento de la informacion solicitada y valores de los dispositivos unitarios			
4		Se realiza verificación de los Dispositivos de Asistencia Personal, con proveedor Entis y Praxis de los elementos solicitados y verificar estado de fabricación y cantidades de los mismos para su respectivo proceso de ingreso y egreso de almacén			
5		Actividad no aplica para este periodo.			
6		Se realizaron reuniones de seguimiento y verificación de la elaboración y fabricación de los Dispositivos de Asistencia Personal solicitados en Seguimiento para socialización de avances y programación de actividades Comité Técnico de Aprobación de los Dispositivos de Asistencia Personal			
7		Para este periodo no se realizan actividades de inscripciones del convenio.			
8		Visitas de verificación de los Dispositivos de Asistencia personal a los proveedores Entis Laboratorio Ortopedico y Praxis Diseño Industrial Visita tecnica de verificación con comité tecnico de seguimiento y apoyo del Fondo de desarrollo para el ingreso y egreso de los Dap			
9		Participación en comité tecnico de seguimiento del convenio interadministrativo 948 de 2023 para actualización de la informacion de los avances realizados en el periodo.			
10		Se realizan actividades correspondiente a la ejecución del convenio con visitas de verificación de aprobación de dispositivos de asistencia personal en domicilio de las personas con discapacidad. Comité tecnico de seguimiento y aprobación de usuarios y dispositivos de asistencia personal			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.					
No. DE PLANILLA:		1071121951		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS		\$ 275.000	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		\$ 352.000	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		\$ 53.600	
OTRO		N/A		\$ 680.600	
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 ibe 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, pension, rut)					
3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo socop 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					
ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARA CC/ 40.938.792 CEL: 3193541684					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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: (31/03/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARA		CC:	40938792	
CORREO ELECTRÓNICO:	enaudis.fuenmayor@gmail.com		RUT (NIT):	N/A	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 2B # 36-26		TELÉFONO:	3193541684	
			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					
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:	0570007590399502
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4447 2025	Nº CDP:	200	Nº. RP:	10193
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES					
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/03/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11.7333.333					
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 1/03/2025 AL 31/03/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.500.000				
CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE					
					
ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARA C.C 40938.792 cel: 3193541684					



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

ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARÁ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

40.938.792

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E, CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No 948-2023 SAN CRISTOBAL

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS
PROFESIONALES No.

PS 4447 2025 /

FECHA INICIO CONTRATO

30/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

6.233.333,00

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

11.733.333,00

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

5.500.000,00

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

(3)

Nº CRP
INICIAL:

10193

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

200

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

DOS (2) MESES

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1071121951

OPERADOR:

SIMPLE

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

DIRECCION GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - FONDO DE
DESARROLLO LOCAL SAN CRISTOBAL Nº 948/2023

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

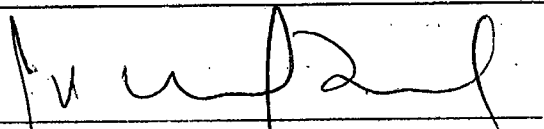
4CR CENTRO DE SALUD CRUCES

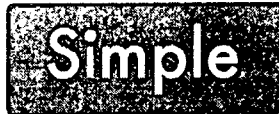
NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (1)	PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO	\$ 5.500.000	CDP DE LA ADICIÓN:	817	RP DE LA ADICIÓN:	11377	TIEMPO PRORROGADO:	(1) UN MES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 cargo 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (1/03/2025) AL (31/03/2025) /			
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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 005	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MONICA NATALIA TORRES CHAVES PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO	



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información 900097333-9
Razón Social del Operador de Información SIMPLE S.A.
Descripción Pago de SuAporte
Fecha 2025-03-11, 08:34:58 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud febrero de 2025
Empresa ENAUDIS BEATRIZ FUENMAYOR VERGARA
CEDULA CIUDADANIA CC 40938792
Código Sucursal (Nombre) (O)
Referencia de Pago/ Número Planilla 1071121951
Tipo de Planilla
Número Transacción Bancaria/ CUS 1330187720
Banco (1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor \$ 680.600
Estado de la Transacción Aprobada
Dirección IP de Origen 10.0.19.58

Nº	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 352.000	\$ 0
N600251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 275.000	\$ 0
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	\$ 53.600	\$ 0
SubTotales:				\$ 680.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 680.600

