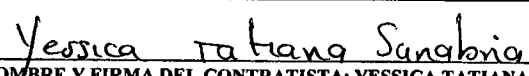
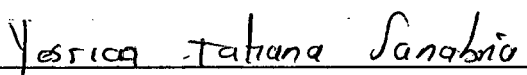
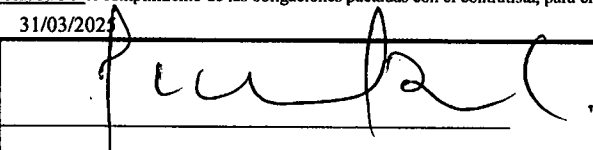


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
YESSICA TATIANA SANABRIA RODRIGUEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.122.145.755
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4920 2025
FECHA INICIO CONTRATO		19/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.182.449	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
UN (1)MES Y VEINTIUN (21) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.182.449	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
\$ 2.460.264		
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:
		Nº CDP:
561		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1)MES Y VEINTIUN (21) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN
ADICIONES		0
PRORROGAS		0
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
TIEMPO PRORROGADO:		TIEMPO PRORROGADO:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
TIEMPO PRORROGADO:		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
		X
Nº DE POLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA POLIZA	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 actividades específicas realizadas durante el mes)		
ITEM		
1	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS	
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO	
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIJAS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS	
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL	
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS	
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE	
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES	
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR	
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9482153189	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO		APORTES EN LINEA
ENTIDAD		FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	12/03/2025
\$ 65.300		
PENSIÓN:	PORVENIR	12/03/2025
\$ 83.600		
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025
\$ 12.800		
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 161.700
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 calculó 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 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		
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESSICA TATIANA SANABRIA RODRIGUEZ		
CC: 1.122.145.755		
CEL. 3104946598		

 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: 31/03/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	YESSICA TATIANA SANABRIA RODRIGUEZ				CC:	1.122.145.755
CORREO ELECTRÓNICO:	jescicasanabriarodriguez15@gmail.com				RUT (NIT):	1.122.145.755
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 7 35B 59 SUR				TELÉFONO:	3104946598
					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.						
Régimen 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	68200004622
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4920 2025	Nº CDP:	561	Nº. CRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		09/04/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 4.182.449
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)	\$ 2.460.264					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS					
						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YESSICA TATIANA SANABRIA RODRIGUEZ						
CC:	1.122.145.755					
CEL:	3104946598					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			YESSICA TATIANA SANABRIA RODRIGUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.122.145.755		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4920 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				19/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.182.449			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.182.449		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.460.264	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2 de 2		Nº CRP INICIAL:	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	
				561	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1)MES Y VEINTIUN (21) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9482153189		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 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:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			
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)					
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA 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 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:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LIZIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1122145755		SANABRIA RODRIGUEZ YESSICA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N 35B-59SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1330475321	9482153189	I	2025/03/13	2025/03/12	NEQUI	0	\$161,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$521,950	\$83,600			\$521,950	\$65,300			\$0	\$0			\$521,950	\$12,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$521,950	\$83,600			\$521,950	\$65,300			\$0	\$0			\$521,950	\$12,800		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$521,950	\$83,600			\$521,950	\$65,300			\$0	\$0			\$521,950	\$12,800		\$0	\$0	
1	CC 1122145755	SANABRIA YESSICA	230301	11	\$521,950	\$83,600	EPS008	11	\$521,950	\$65,300		0	\$0	\$0	14-11	11	\$521,950	\$12,800	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$521,950	\$83,600			\$521,950	\$65,300			\$0	\$0			\$521,950	\$12,800		\$0	\$0	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1122145755		SANABRIA RODRIGUEZ YESSICA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 7 N 35B-59SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-02	2025-02	1330475321	9482153189	I	2025/03/13	2025/03/12	NEQUI	0	\$161,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$83,600	\$0	\$0	\$83,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$83,600	\$0	\$0	\$83,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,800	\$0	\$0	\$12,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$12,800	\$0	\$0	\$12,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$65,300	\$0	\$0	\$65,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$65,300	\$0	\$0	\$65,300	
TOTAL				1	\$161,700	\$0	\$0	\$161,700	

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave\
9482153189

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud

12 de marzo de 2025

CUS

1330475321

Referencia Nequi

M14710322

¿Cuánto?

\$ 161.700,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

186.102.92.133

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1122145755

Factura de comercio

9482153189

Tu plata salió de:



Disponible

Resumen de pago

Pago de la Póliza de seguros con clave:
0482153189

La Asociación Española
de Seguros de Vida

ASORTES EN LINEA

12 de marzo de 2025

1330475321

MIA-10323

2161100,00

20,00

88102,00132

00

13149389

0482153189

13149389