
 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			
DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.026.260.621 /	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE APOYO EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5061 2025 /	FECHA INICIO CONTRATO 10/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.648.700	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTIDOS (22) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.648.700	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 3.648.700
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTIDOS (22) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO	
LORENZA BECERRA CAMARGO:		LORENZA BECERRA CAMARGO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES			
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACION	
VALOR ADICIONADO		ADICIONES	
		PRORROGAS	
		CRP DE LA ADICIÓN:	
		TIEMPO PRORROGA DO:	
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?			
	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:	NA
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. Prestar sus servicios de apoyo en forma personal y autonoma como profesional especializado en la direccion de gestion integral de riesgo en salud, en lo relacionado con actividades de planeacion, ejecucion, monitoreo, seguimiento de los indicadores de interes en salud publica en los diferentes.		
2	2. Realizar procesos de analisis, generacion de alertas de riesgo, asistencia tecnica y acompañamiento a los diferentes servicios, unidades y persona que hacen parte de la institucion de acuerdo al tema asignado.		
3	3. Realizar seguimiento a la implementacion de rutas de atencion en personas de los diferentes momentos del curso de vida y rutas de riesgo de acuerdo al tema asignado.		
4	4. Reportar los eventos de notificacion obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente, y a las instituciones de competencia en los diferentes eventos de interes en salud publica o alertas de riesgo.		
5	5. Cumplir con los protocolos y guias de la entidad, generando alertas al identificar ausencia de protocolos o incumplimiento de estos.		
6	6. Apoyar el proceso de gestion y operacion de la atencion integral en salud, identificando de manera especifica los eventos de alto costo, y generando las alertas de riesgo necesarias.		
7	7. Seguir y monitorear cohortes del riesgo segun los grupos de identificados del riesgo en el marco del modelo institucional y normatividad distrital y nacional.		
8	8. Apoyar el proceso de gestion de fuentes de informacion y bases de datos relacionadas con las cohortes de seguimiento, con la direccion de gestion del riesgo, verificando y		
9	9. Construir los analisis, tableros de indicadores y documentos requeridos por la institucion u otras entidades.		
10	10. Comunicar el riesgo en salud de manera oportuna a los diferentes involucrados, generando informacion regular y de calidad.		
11	11. Acompañar el buen funcionamiento de los subsistemas de vigilancia en salud publica, a traves del analisis, capacitacion y seguimiento para el proceso de notificacion, certificacion y analisis de morbilidad de los eventos de interes en salud publica.		
12	12. 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.		
13	13. Realizar la gestion documental de cada actividad realizada durante el mes, la actividad debena ser realizada de manera mensual.		
14	14. 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 debena contar con archivo pendiente para almacenamiento. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS		
PENSIÓN:	COLFONDOS		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
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 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 scop 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			
<p><i>Diana M. Solórzano</i></p> DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON CC: 1026260621 CEL: 3138410914			

 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 - 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:	DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON /			CC:	1026260621 /
				RUT (NIT):	1026260621
CÓRREO ELECTRÓNICO:	diana.solorzano2679@gmail.com			TELÉFONO:	3138410814
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera 90 c numero 6 a 67			CIUDAD:	Bogota
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:
<small>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</small>					455900125200
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5061 2025	Nº CDP:	1	Nº. RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : VEINTIDOS (22) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 3.648.700
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 10/03/2025 AL 31/03/2025 /				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$				3.648.700
TRES MILLONES SEICENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p><i>Diana M. Solórzano</i></p> <p>DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON</p> <p>C.C 1.026.260.621</p> <p>cel: 3138410914</p> </div> </div>					



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: AF-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 **DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON**

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD **1.026.260.621**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE APOYO EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5061 2025** **FECHA INICIO CONTRATO** **10/03/2025**

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ **3.648.700,00**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ **3.648.700,00** **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ **3.648.700,00**

Nº PAGO / Nº DE INFORME: (1 de 1) **Nº CRP INICIAL:** **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** **1**

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS **VEINTIDOS (22) DIAS**

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: **OPERADOR:**

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: **GESTION INTEGRALD EL RIESGO EN SALUD**

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR: **LORENZA BECERRA CAMARGO**

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA):			ADICION ()	PRORROGA ()
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	RF DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	NA
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	ACTO ADMINISTRATIVO DE	NA

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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (10/03/2025) 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 05
	 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY PERFIL: LIDER DE PROCESO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

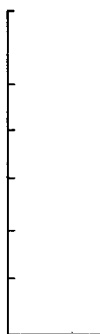
CERTIFICA

Que Diana Mercedes Solorzano Leon, identificado(a) con CC número 1026260621, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1026260621
NOMBRES Y APELLIDOS	Diana Mercedes Solorzano Leon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/07/1988
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2024
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/12/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 860013570 CAJADE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM
Desde 01/12/2024 - Vigente N.I.T. 900785396 TAPIAS
RESTREPO SERVICIOS TEMPORALES E.S.T. S.A.S Desde
01/12/2024 Hasta 01/12/2024 CEDULA DE CIUDADANIA
1026260621 Trabajador Independiente Desde 01/12/2024 Hasta
01/12/2024







LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAFAM
Identificada con NT No. 860013570

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505443832919, a partir del 01 de Mayo del año 2006.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1026260621	DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON	CLINICA CAFAM	3	2.436%	16/03/2020		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Marzo del año 2025.

Firma Representante Legal



COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON con identificación No. 1.026.260.621 se encuentra afiliado(a) al Pension Obligatoria desde el día 01 de agosto del 2023

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de febrero del 2025.

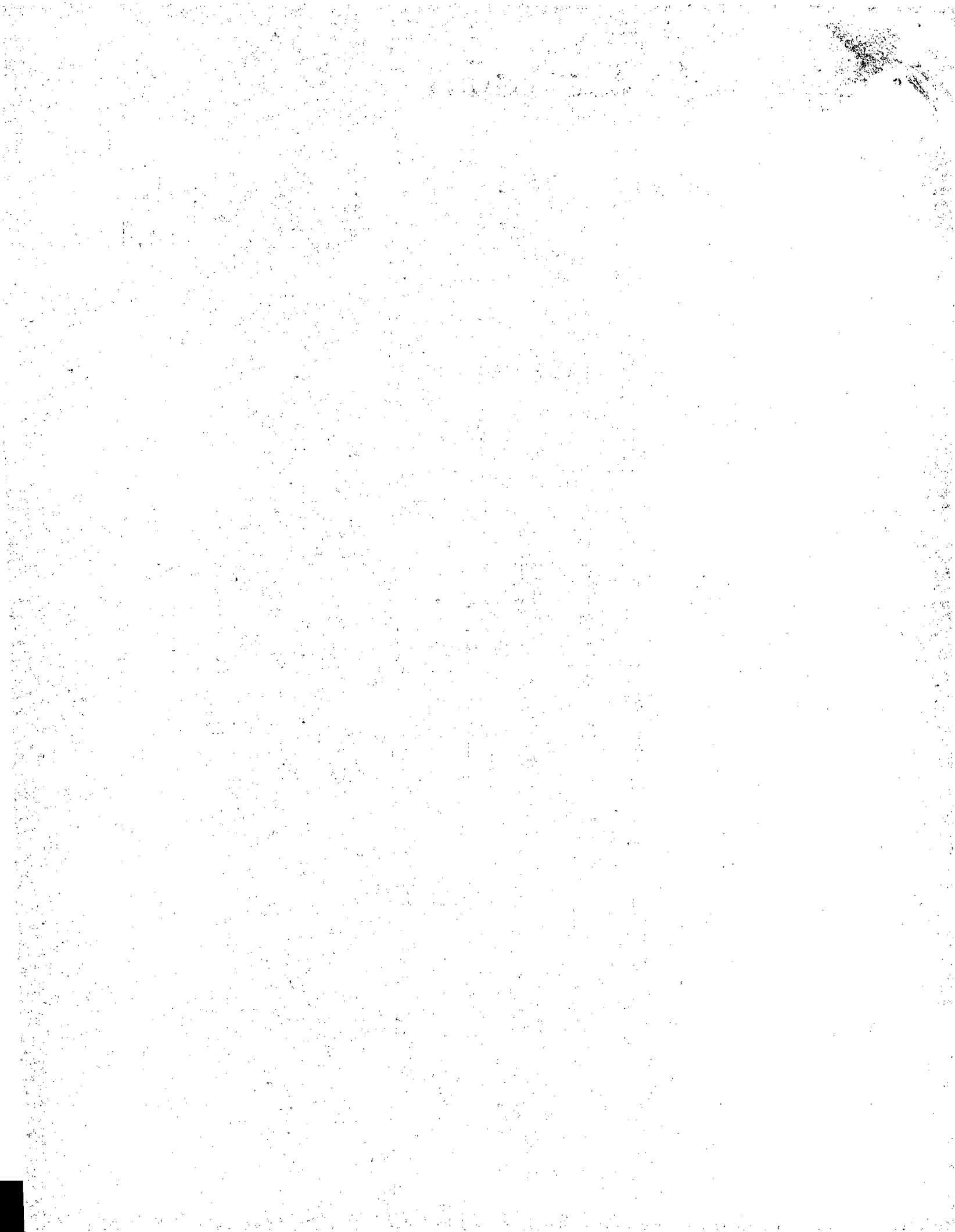
El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías







DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese**

05/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora DIANA MERCEDES SOLORZANO LEON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1026260621**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **455900125200**
Fecha de apertura **04/03/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA
