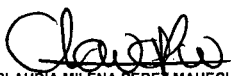
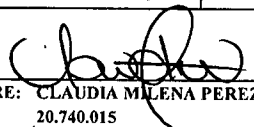
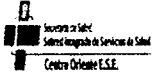
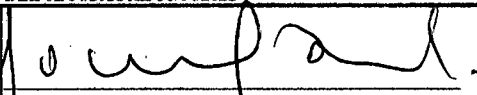
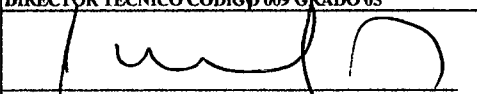
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 20.167.852		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.167.852		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		4		Nº CDP:	
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 MODIFICACIÓN		ADICIONES	
PROROGAS					
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SÍ		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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		Descargar de Dinamica base resolucion 202. consolidar informacion de procedimientos y atenciones y realizar cargue de los reportes establecidos por ministerio de salud, resolucion 202 del 2021 que corresponde a las actividades relacionadas con las intervenciones individuales de la ruta integral de atencion para la promocion y mantenimiento de la salud y la ruta integral de atencion en salud para la poblacion 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 MARZO 2025 , correo electrónico de reportesgestionriesgo@subredcentrooriente.gov.co).			
2		cumplir con el requerimiento de cuenta de alto costo para las resolucion 1393 del 2015 artritis reumatoide, cancer 247 del 2014, hemofilia 123 del 2015, huerfanos 1392 del 2010, enfermedades degenerativas, esclerosis multiple y enfermedad de gaucher, en las fechas establecidas y bajo los parametros de los lineamientos tecnicos, con calidad y veracidad con previa validacion de la informacion en realizacion a los soportes clinicos como son historia clinica, laboratorios y ayudas diagnosticas 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 informacion. SE REALIZA PLAN DE MEJORA DEL IV TRIMETRE DEL 2024			
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. 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:		8158567-85778360		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		10/04/2025-11/04/2025	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		10/04/2025-11/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		10/04/2025-11/04/2025	
OTRO		0		0/01/1900	
TOTAL PAGADO				\$ 691.700	
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 Ibe 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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a ops. arl, pension. 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					
					
CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 20.740.015 CEL: 3209644375					

 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: 30/04/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA	CC: 20.740.015
CORREO ELECTRÓNICO:	clauspem.co@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 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.		
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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
	Nº CUENTA:	457070066388
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	P\$ 4236 2025	Nº CDP: 1
		Nº RP: 7869
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 30/04/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025	
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 - 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			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	
				1/14/2025	
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:		4 de 4		Nº CRP INICIAL:	
				7869	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		8158567-85778360		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 - PRÓRROGA):			
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ 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 01/04/2025 AL 30/04/2025					
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			

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	20740015	CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA	Diagonal 5 a # 37 b 48	3209644375	clauspem.cp@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
85158567	10/04/2025				EMPLEADOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	N	11/04/2025	85778360	\$6.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	2.500	0		0		0	7	100	0	2.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FBP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	890336004-7	3.200	0	0	0	0	7	100	0	3.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	500	No. Autorización	Valor		500	7	100	600			5	600	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	2.500	2.600
Pensión	1	3.200	3.300
Riesgos Laborales	1	500	600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	6.200	6.500

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20740015	CLAUDIA MILENA PEREZ MAHECHA	Diagonal 5 a # 37 b 49	3209644375	clauspem.cp@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS UPC
2025-03	2025-03	I	10/04/2025	85158567	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$685.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	275.700	0		0		0	6	1.100	0	276.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	800336004-7	352.900	0	0	0	0	6	1.400	0	354.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	53.800				53.800	6	300	54.100			538	54.100	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.700	276.800
Pensión	1	352.900	354.300
Riesgos Laborales	1	53.800	54.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	682.400	685.200

