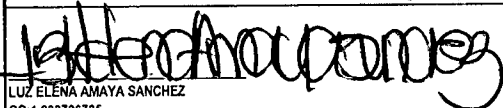


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.033.726.725
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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.	
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4492 2025
FECHA INICIO CONTRATO		3/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.330.148	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO TRES (3) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 6.330.148	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.086.862
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP: 10527 Nº CDP: 254
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRÓRROGAS	TRES (3) MESES	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:
PRORROGAS		
TIEMPO PRORROGADO:		
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA: N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN: 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	se realiza búsqueda de usuarios en los diferentes aplicativos de CS para validar asignación y dar respuesta a SIRC de los curso de vida juventud Rutas de riesgo transmisibles, salud oral, visuales y auditivos en caso de no ser contactados el primer día se realiza seguimiento durante 3 días consecutivos en diferentes jornada.	
2	se realiza seguimiento a base de usuarios con serología reactiva, se valida Historia Clínica, antecedentes de sífilis en caso de no ser abodardo se realiza búsqueda activa del mismo para debida asignación de cita	
3	se realiza búsqueda de usuarios de la EAPB Sanitas Y Famisanar para validar asignación y dar respuesta a SIRC del curso juventud. Rutas de riesgo transmisibles, salud oral, visuales y auditivos en caso de no ser contactados el primer día se realiza seguimiento durante 3 días consecutivos en diferentes jornada.	
5	Se realiza Seguimiento a canalizaciones SIRC Barreras de acceso para dar respuesta a Capital Salud, Famisanar Y Sanitas.	
6	Se realiza gestión de solicitud de citas via correo electronico, para asignación de citas de especialistas o resolutivas, activación de RPMS, georeferenciación en caso de cambio de IPS primaria. Notificación de citas.	
7	Se realiza autoagendamiento 3 veces por semana con mas de 12 usuarios al día. Para un total de 132 en el mes de noviembre mas las extras que se requieren, esto con el fin de dejar registro en HC.	
8	Se realiza demanda inducida a base de planificación familiar remitida por capital Salud cada semana.	
9	Se realiza gestión de canalización Modulo Activación de Ruta curso de vida Juventud	
10	Se realiza seguimiento para activación de la RPMS a usuario priorizados remitidos por IPS Aunar Salud fecha de entrega antes del 14 de febrero.	
11	Se realiza seguimiento a usuarios de la EAPB Famisanar que se encuentran en programa de PreP, para asignación de cita, validación de medicamento.	
12	Se asiste a reuniones establecidas por los lides o jefes para socializar avances, indicadores, y gestión de citas.	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9483568528	OPERADOR: simple
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	SANITAS EPS	10/04/2025
PENSIÓN:	PORVENIR	10/04/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/04/2025
OTRO	COMPENSAR CAJA	
TOTAL PAGADO		\$ 441.500
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 mexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a cps, 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		
 LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ CC: 1.033726725 CEL: 3195622885		

7-4 30 100 100

 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: (30/04/2025)							
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ				CC:	1033726725	
CORREO ELECTRÓNICO:	lhamaya2011@gmail.com				RUT (NIT):	1033726725	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	calle 15 numero 10-30				TELÉFONO:	3195622885	
					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:	bancolombia			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	912-180864-09
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 4492 2025	Nº CDP:	254	Nº. RP:	10527	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES 3) MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6330148	
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)	\$						2.086.862
DOS MILLONES OCHENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS (MCTE)							
 LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ C.C 1.033.726.725 cel: 3195622885							

		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: 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			LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.726.725		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIO TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS4492 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				3/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.330.148,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.330.148,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.086.862,00	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL:	
				10527	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9483668528		OPERADOR:	
				SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		COHORTE 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			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		ADICION TIEMPO PRORROGADO:	
				PRORROGA	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NO		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE	
				N/A	
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 (01/04/2025) AL (30/04/2025)					
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 TÉCNICO DEL SUPERVISOR: JESSIKA PAOLA TRIANA SAGASTUY PERFIL: LIDER DEL PROCESO			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	ct# 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03		9483668528	I	2025/04/07			1	1

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-03	2025-03		9483668528	1	2025/04/07			1	



Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	lhamaya2011@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3195622885

Clave: 9483668528

Periodo Pensión: 2025-03

Periodo Salud: 2025-03

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/04/08	1	\$500	\$441,000
2025/04/09	2	\$700	\$441,200
2025/04/10	3	\$1,000	\$441,500
2025/04/11	4	\$1,200	\$441,700
2025/04/14	7	\$2,200	\$442,700
2025/04/15	8	\$2,400	\$442,900
2025/04/16	9	\$2,800	\$443,300
2025/04/21	14	\$4,200	\$444,700
2025/04/22	15	\$4,500	\$445,000
2025/04/23	16	\$4,700	\$445,200

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	\$228,000
PORVENIR		1	\$228,000
ARL	1	1	\$34,800
ARL SURA		1	\$34,800
EPS	1	1	\$178,200
SANITAS		1	\$178,200
SUBTOTAL			\$441,000
COMISION OPERADOR			\$0
IVA			\$0
TOTAL			\$441,000

Canales de Pago

BANCARIOS



NO BANCARIOS



Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción \$9.999.999