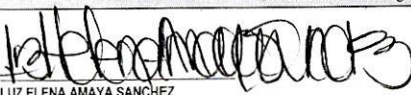
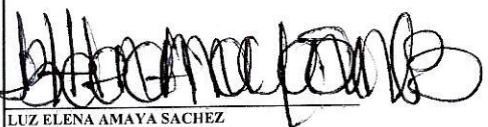
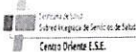
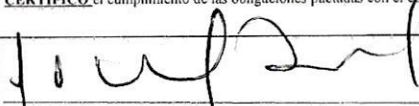
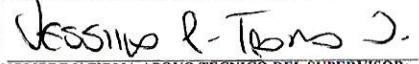


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y 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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.330.148		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.330.148		TRES (3) MESES	
Nº DE INFORME:		4		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		Nº CRP:		Nº CDP:	
		5		254	
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:		1		1	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.745.332		PRORROGAS	
		TIEMPO PRORROGA DO:		dos (2) meses	
		CDP DE LA ADICIÓN:		1272	
		CRP DE LA ADICIÓN:		15816	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA		N/A		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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
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 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.					
3. Se realiza Seguimiento a canalizaciones SIRC Barreras de acceso para dar respuesta a Capital Salud, Famisanar Y Sanitas.					
5. 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.					
6. 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.					
7. Se realiza demanda inducida a base de planificación familiar remitida por capital Salud cada semana.					
8. Se realiza gestión de canalización Modulo Activación de Ruta curso de vida Juventud					
9. Se realiza seguimiento para activación de la RPMS a usuario priorizados remitidos por IPS Aunar Salud fecha de entrega antes del 14 de febrero.					
10. Se realiza seguimiento a usuarios de la EAPB Famisanar que se encuentran en programa de PreP, para asignación de cita, validación de medicamento.					
11. Se asiste a reuniones establecida por los lides o jefes para socializar avances, indicadores, y gestión de citas.					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		9484910943-9485970488		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANITAS EPS		12/05/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		12/05/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		12/05/2025	
OTRO		COMPENSAR CAJA			
TOTAL PAGADO				\$ 440.800	
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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, 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					
					
LUZ ELENA AMAYA SANCHEZ CC: 1.033726725 CEL: 3195622885					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)					
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:	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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)	bancolombia	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	912-180864-09
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4492 2025	Nº CDP:	1272	Nº RP:	15816
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CINCO (5) MESES					
FECHA DE INICIO CONTRATO	03/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 11.075.480
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025			
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO TÉCNICOS 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		03/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.330.148,00			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.075.480,00		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.086.862,00
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	10527	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	254
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9484910943-9485970488		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 1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION 1	PRORROGA 1
VALOR ADICIONADO	\$ 4.745.332	CDP DE LA ADICIÓN:	1272	RP DE LA ADICIÓN:	15816
			TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES	
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. VERIFICACIÓN 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 (01/05/2025) AL (31/05/2025)					
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: JESSICA 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
C 1033726725		AMAYA SANCHEZ LUZ ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 15 10 30	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7721606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		Pago		
Pensión	Salud		Pago	Planilla	Planilla		Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04		147251-0084		9484910943		2025/05/08	2025/05/12	NEQUI	4	\$406,900

RESUMEN DE PAGO

RESUMEN DE PAGO						SALDOS E INCAPACIDADES	INTERESES MORA	VALOR A PAGAR
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFLIADOS	VALOR LIQUIDADO			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
SANITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
TOTAL				1	\$405,800	\$1,100	\$0	\$406,900

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	cli 15 10 30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7721606	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	1486299617	946970488	2025/05/08	2025/05/16	NEQUI	\$34,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursales: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	1033726725	AMAYA LUZ	203001	30	(\$1,423,500)	EP5005	30	(\$1,423,500)	(\$178,000)		0	\$0	\$0	14-11	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0		
2	CC	1033726725	AMAYA LUZ	203001	30	\$1,423,500	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$0			\$0	\$0				\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor	
	Salud	Pago		Limite	Pago	Días Mora			
Pensión 2025-04	148239617	9485970488	N	2025/05/08	2025/05/16	NEQUI	8		\$34,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
TOTAL					1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900