

 <div>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</div>		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			
ANA MILENA SANCHEZ MEDINA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1,110,451,859	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO 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 4736 2025	FECHA INICIO CONTRATO
			10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 10,455,984	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30,430,584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5,354,722
Nº DE INFORME:	5	Nº CRP:	10882
		Nº CDP:	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
		1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 19,974,600	CDP DE LA ADICIÓN:	1185
		CRP DE LA ADICIÓN:	10882
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:	
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:		
ÍTE M	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)		
1	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED REALIZANDO 20 VISITAS DE LA LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE		
2	SE REALIZO REGISTRO A LOS SEGUIMIENTOS EN EL EPLICATIVO EN LINEA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PLANILLA DE FAMILAS CON PLAN CUIDADO FAMILAR		
3	REALIZAR CANALIZACIÓN SEGUN LAS NECESIDADES REQUERIDAS, ENVIARLAS PARA TRAMITE RESPECTIVO		
4	REALIZAR ORIENTACIÓN EN SALUD MENTAL FRENTE AL MANEJO DE DUELO		
5	REALIZAR REPORTE SI SE EVIDENCIA NECESIDAD EN CASOS DE SIVIM Y SISVECOS		
6	DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL		
7	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS		
8	ENTREGA DE BASES Y FORMATOS DE ACUERDO A LA META ESTABLECIDA		
9	REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.		
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9485266440	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	13/05/2025	\$ 261,500
PENSIÓN:	PORVENIR	13/05/2025	\$ 334,700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/05/2025	\$ 51,000
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 647,200
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 SECOF 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			
Ana Milena Sanchez Medina NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MILENA SANCHEZ MEDINA CC: 1.110.451.859 CEL 3205763517			



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:	ANA MILENA SANCHEZ MEDINA	CC:	1,110,451,859
		RUT (NIT):	1.110.451.859
CORREO ELECTRÓNICO:	amsanchezsubredcentrooriente@gmail.com	TELÉFONO:	3205763517
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 95 A 136 42	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:	BANCO AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	080810240
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 4736 2025	N° CDP:	504	N°. CRP:	10882	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/07/2027		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 30,430,584
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)	\$ 5,354,722					
	CINCO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIDÓS PESOS					

Ana Milena Sanchez Medina

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANA MILENA SANCHEZ MEDINA

CC: 1,110,451,859
CEL: 3205763517

<div><div><div></div><div>Secretaría de Salud</div><div>Subred Integrada de Servicios de Salud</div><div>Centro Oriente E.S.E.</div></div><div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div><div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div><div>FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION</div></div>		<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-078</div> <div>VERSIÓN: 2</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>					
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
NOMBRE DEL CONTRATISTA		ANA MILENA SANCHEZ MEDINA					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1,110,451,859					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO 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						
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 10,455,984					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 30,430,584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5,354,722				
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5 de 5	Nº CRP INICIAL:	10882	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	504		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS						
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485266440	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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		1	PRÓRROGA (1)		
VALOR ADICIONADO	\$ 19,974,600	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	RP DE LA ADICIÓN:	10882	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VENTIUN (21) DIAS
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 APROBACIÓN:					
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 clausula "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:		<div><div></div><div>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:</div><div>LORENZA BECERRA CAMARGO</div><div>CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05</div></div>					
		<div><div></div><div>NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:</div><div>LILIANA TELLEZ VALBUENA</div><div>PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR</div></div>					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	No

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	1477460485	9485266440	I	2025/05/15	2025/05/13	BANCO AV VILLAS	0	\$647,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500
TOTAL				1	\$647,200	\$0	\$0	\$647,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205763517	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	1477460485	9485266440	I	2025/05/15	2025/05/13	BANCO AV VILLAS	\$647,200

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
1	CC	1110451859	SANCHEZ ANA	230301	30	\$2,091,270	\$334,700	EPS037	30	\$2,091,270	\$261,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,091,270	\$51,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0



**Tu pago en APORTES
EN LINEA - Pago de
la Planilla de aportes
con clave:
9485266440 fue
aprobado**

No. de autorización

52524319

Valor \$647.200

Desde Ahorros No. **** 0240

Aportes En Linea - Pago De La Planilla
Hacia De Aportes Con Clave: 9485266440 -
Pedido o Factura No. 9485266440

Fecha 13/05/2025
Hora: 08:49 am

IP de origen 190.69.55.211

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

