

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y CRISTY PAULINA ENSUNCHO					
CON C.C. N°				1.032.452.136	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO COMO DINAMIZADOR 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 7124331 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 6066 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.666.872		No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		6.666.872		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 005		
II. 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)					
ITEM					
1	SE REALIZA LA PRESTACION DE SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, MEDIANTE LA PARTICIPACION EN REUNIONES CONVOCADAS POR SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, ORGANIZACION DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR, DIRECCIONAMIENTO TECNICO A LOS APOYOS PROFESIONALES, DINAMIZACION DE LA OPERACION, VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DE LA OPERACION, REALIZAR ENLACES PARA ARTICULACION DE PROCESOS, ELABORACION DE INFORMES.				
2	SE REALIZA PRESENTACION MENSUAL DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, Y ENTREGA DE INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL MES SOPORTADOS EN DRIVE CRONOGRAMAS.				
3	SE REALIZA APOYO EN LA CONSOLIDACION, REVISION Y PRESENTACION DE LA INFORMACIÓN ACORDE A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO VIGENTE PARA LA RADICACION DE DESEMBOLSOS EN SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.				
4	SE REALIZA PARTICIPACION ACTIVA EN EL SEGUIMIENTO A INDICADORES TRAZADORES Y EL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES A PARTIR DE ESPACIOS CONJUNTOS CON LOS APOYOS OPERATIVOS.				
5	SE REALIZA APROPIACIÓN CONCEPTUAL DE LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.				
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y LIDERAZGO EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS SDESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES (HOGAR) DE ACUERDO A PROGRAMACION, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTÁ.				
7	SE REALIZA LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS, SOPORTES E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.				
8	SE PARTICIPA Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS INSTITUCIONALES COMO EJERCICIO DINAMIZADOR PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO.				
9	SE REALIZA PARTICIPACION EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED.				
10	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN.				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANTITAS				
PENSIÓN:	COLPENSIONES				
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA				
OTRO	N/A				
TOTAL PAGADO					
V. 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 ibr 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, pension, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop 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.					
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO CC No 1.032.452.136		
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANETH CONTRERAS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:			 LORENZA BECERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CRISTY PAULINA ENSUNCHO	CC:	1.032.452.136
CORREO ELECTRÓNICO:	censuncho.subredcentroriente@gmail.com	TELÉFONO:	3013700452
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 117A9A25	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
NO tomaré costos y deducciones		<input checked="" type="checkbox"/> (X)	
SI tomaré costos y deducciones		<input type="checkbox"/> ()	
<p>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 100 del Código Sustantivo del Trabajo.</p>			
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los		SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	80624543894
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 6066 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 6.666.872
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/8/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/8/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/8/2025 A 31/08/2025		
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> <p>CRISTY PAULINA ENSUNCHO</p> <p>CC 1.032.452.136</p> <p>CEL 3013700452</p> </div> </div>			



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 **Cristy Paulina Ensuncho Caraballo**, identificado(a) con **CC** número **1032452136**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1032452136
NOMBRES Y APELLIDOS	Cristy Paulina Ensuncho Caraballo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/07/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/08/2015
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	240 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	2820 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	43 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/08/2015
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1032452136 CRISTY PAULINA
ENSUNCHO CARABALLO Desde 01/12/2022 - Vigente

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032452136**, se encuentra afiliado/a desde **28/08/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 19 de agosto de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

REGISTRO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

El usuario mencionado a continuación registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales. La información aquí proporcionada es verídica y se registra conforme a los datos suministrados.

Datos del empleador			
Nombres y apellidos o Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		
Tipo de documento de identificación	NI	Número de documento de identificación	900959051
Datos del trabajador			
Tipo documento y número de identificación	CC 1032452136	Nombres y apellidos	CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO
Fecha de afiliación	2025-01-11	Estado de afiliación	Activo
Fecha de inicio cobertura	2025-01-11	Tipo de vinculación	Independiente
Clase de riesgo	3	Fecha de retiro	

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000
 Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |
 defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00
 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva
 Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

www.positiva.gov

