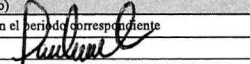
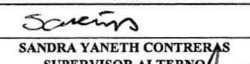

		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTION DE CONTRATACION</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE</b> <b>PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2025-06-09</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b> <b>CRISTY PAULINA ENSUNCHO</b>					
<b>CON C.C.N°</b>				<b>1.032.452.136</b>	
<b>I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>					
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO COMO DINAMIZADOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331 CONVENIO MAS BIENESTAR			
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 6066 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 6.666.872		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		13.333.744		<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>		Dos (2) MESES			
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:</b>		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 005			
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> <small>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</small>					
<b>ITEM</b>					
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 INFORMACION 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 APROPIACION 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 DESDE 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 REVISION, 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.				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>					
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
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 scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X			
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)					
<b>IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<b>No. DE PLANILLA:</b>	89033537		<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>		
<b>SALUD:</b>	SANTAS	11/9/2025	\$ 333.400		
<b>PENSION:</b>	COLPENSIONES	11/9/2025	\$ 426.700		
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	POSITIVA	11/9/2025	\$ 65.000		
<b>OTRO</b>	MORA	11/9/2025	\$	1.200	
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 826.300</b>		
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.					
<b>VI. ANEXOS</b> <small>(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)</small>					
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 CRISTY PAULINA ENSUNCHO CARABALLO CC No 1.032.452.136		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANETH CONTRERAS SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>			 LORENZA BECERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO		



**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: 7**  
**FECHA: 2025-06-09**

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	CRISTY PAULINA ENSUNCHO	<b>CC:</b>	1.032.452.136
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	censuncho.subredcentroriente@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3013700452
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 117A 9A 25	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	<b>( X )</b>
<b>SI</b> tomaré costos y deducciones	<b>( )</b>

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 1000 del Código Sustantivo del Trabajo.

<b>Régimen Simple De Tributación :</b> RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los	<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b> BANCOLOMBIA	<b>TIPO DE CUENTA:</b> AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b> 80624543894

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 6066 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 6.666.872
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	1/8/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/9/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/9/2025 A 31/09/2025		

**CRISTY PAULINA ENSUNCHO**  
**CC 1.032.452.136**  
**CEL 3013700452**







¡Hola, Cristy Paulina Ensuncho Caraballo!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 826.300  
Empresa: COMPENSAR-OI  
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social  
Fecha de la transacción: 10/09/2025  
CUS: 1768189372

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5  
Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>

Un servicio de

ACH Colombia Oficial    @ACHColombia\_

ACHColombiaOficial    ACH Colombia Oficial

