



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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

JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

23.430.613

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5194 2024

FECHA INICIO CONTRATO

24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

6.970.808

PLAZO INICIAL
DEL CONTRATO

UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:

\$

18.995.452

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO
A CERTIFICAR:

\$ 5.228.106

Nº DE INFORME:

5

Nº CRP:

44720

Nº CDP:

3662

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS

TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

UNIDAD FUNCIONAL 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS	3
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49670	TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50775	TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	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 SEGUIMIENTO DIARIO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LOS PROMOTORES Y PROFESIONALES
2	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS PLANILLA DE FIRMAS, CONSENTIMIENTO INFORMADO, ARCHIVO PLANO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS (TAMIZAJES, ALERTAS, RELACIÓN DE PREDIOS, ASIGNADOS, GESTIONADOS, PLAN DE CUIDADO FAMILIAR E INDIVIDUAL)
3	SE REALIZA PROGRAMACIÓN PARA LAS VALORACIONES INDIVIDUALES POR EL PROFESIONAL DE MEDICINA.
4	INDUCCIÓN Y RE INDUCCIÓN A COLABORADORES DE CONVENIO EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR
5	SE REALIZA PRECRITICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRIZ DADA POR LOS REFERENTES DE CADA EVENTO REPORTADO A SIVIGILA. POSTERIORMENTE SE REALIZA EL ENVÍO DE LA FICHA DE NOTIFICACIÓN AL CORREO DESTINADO PARA SU RECEPCIÓN Y CARGUE EN EL APLICATIVO.
6	SE PARTICIPA EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO Y CAPACIDADES CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
7	SE REALIZA GESTIÓN DOCUMENTAL DE CADA UNO DE LOS DOCUMENTOS GENERADOS DURANTE LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LOS COLABORADORES DE LOS COLABORADORES A CARGO
8	SE REALIZA INFORME DE GESTIÓN DEL MES DE OCTUBRE, EN DONDE SE RELACIONAN LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA CADA PRODUCTO.
9	SE ASISTE A LAS REUNIONES CONVOCADAS POR LA COORDINACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR Y REUNIÓN DE EQUIPO PARA LAS LOCALIDADES A CARGO.
10	SE REALIZA CERTIFICACIÓN A CADA UNO DE LOS COLABORADORES A CARGO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LAS HORAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y HORAS OPERATIVAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

Nº. DE PLANILLA:	9479088813	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR	08/01/2025	\$	334.600
PENSIÓN:	COLPENSIONES	08/01/2025	\$	261.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	08/01/2025	\$	51.000
OTRO	MORA	08/01/2025	\$	600
TOTAL PAGADO				\$ 647.700

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 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)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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)

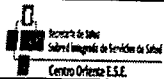
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

JAQUELINE RODRIGUEZ VEGA

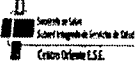
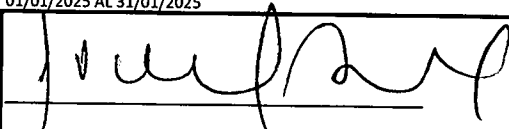
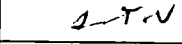
JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 23.430.613

CEL: 3105892795

		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: 31/01/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA		CC:	23.430.613	
CORREO ELECTRÓNICO:	jaquerodrive1@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65 111 38		TELÉFONO:	3105892795	
			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.					
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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					89563135116
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5194 2024	Nº CDP:	3662	Nº CRP:	44720
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
				TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/02/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
					\$ 18.995.452
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.228.106				
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE					
JAQUELINE RODRIGUEZ VEGA. NOMBRE: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA CC 23.430.613 CEL 3105892795					

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>	<div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</div> <div>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</div> <div>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</div>	<div>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</div> <div>VERSIÓN: 6</div> <div>FECHA: 2024-09-16</div>
DATOS DEL CONTRATISTA		
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025		
NOMBRES Y APELLIDOS:	JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA	CC: 23.430.613
CORREO ELECTRÓNICO:	jaquerodrive1@gmail.com	RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 65 111 38	TELÉFONO: 3105892795
		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.		
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	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS
		Nº CUENTA: 89563135116
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)		
Nº DEL CONTRATO:	P5 5194 2024	Nº CDP: 46
		NºCRP:
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: 9/02/2025
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 18.995.452
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 5.228.106	
	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE	
<div>JAQUELINE RODRIGUEZ VEGA</div> <div>NOMBRE: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA</div> <div>CC 23.430.613</div> <div>CEL 3105892795</div>		

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN 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		JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		23.430.613		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 5194 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.995.452	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.228.106	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5	Nº CRP INICIAL:	44720	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9479088813	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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:	Nº (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49670
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50775
VALOR ADICIONADO	\$ 5.228.106	CDP DE LA	46	RP DE LA
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE			
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 01/01/2025 AL 31/01/2025				
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 TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 23430613		RODRIGUEZ YEGA JAQUELINE ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 65 111-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180082915	9479088813	I	2025/01/07	2025/01/08	BANCOLOMBIA	1	\$647,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,600	\$300	\$0	\$334,900	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$334,600	\$300	\$0	\$334,900	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$100	\$0	\$51,100	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$51,000	\$100	\$0	\$51,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$200	\$0	\$261,700	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$261,500	\$200	\$0	\$261,700	
TOTAL				1	\$647,100	\$600	\$0	\$647,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 23430613		RODRIGUEZ VEGA JAQUELINE ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 65 111-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1180082915	9479088813	I	2025/01/07	2025/01/08	BANCOLOMBIA	1	\$647,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000		\$0	\$0	
1	CC	23430613	RODRIGUEZ JAQUELINE	25-14	30	\$2,091,243	\$334,600	EPS008	30	\$2,091,243	\$261,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,091,243	\$51,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,091,243	\$334,600			\$2,091,243	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,243	\$51,000		\$0	\$0	