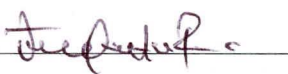
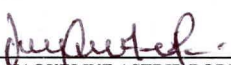
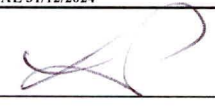
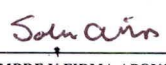


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
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:	\$ 13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.659.674
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP: 44720 Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO	
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN ADICIONES 2 PRORROGAS 2
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: 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:	
ITEM	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 PRECRÍTICA DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS COLABORADORES DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LA DIRECTRICES DADAS 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 SECRETARIA 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:	9478636599	OPERADOR: APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	09/12/2024 \$ 261.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	09/12/2024 \$ 334.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024 \$ 51.000
OTRO	MORA	09/12/2024 \$ 2.300
TOTAL PAGADO		\$ 649.400
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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 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.		
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 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.		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: 31/12/2024					
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 DESPLIEGABLE)					89563135116
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5194 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 13.767.346
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 3.659.674 TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE				
 NOMBRE: JAQUELINE ASTRID RODRIGUEZ VEGA CC: 23.430.613 CEL: 3105892795					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION 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. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN 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:		\$ 13.767.346		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.659.674	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL: 44720	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9478636599		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:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (2) PRORROGA (2)	
		CDP DE LA ADICIÓN: 4053		RP DE LA ADICIÓN: 49670	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS	
		CDP DE LA ADICIÓN: 4120		RP DE LA ADICIÓN: UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 10/12/2024 AL 31/12/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:					
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Valor
2024-11	2024-11	1108286672	9478636599	I	2024/12/04	2024/12/04	BANCOLOMBIA	\$649,400

RESUMEN DE PAGO											
RIESGO				CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$334,600	\$1,200	\$0	\$335,800
COLPENSIONES				25-14	900,336,004	7	1	\$334,600	\$1,200	\$0	\$335,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$51,000	\$200	\$0	\$51,200
ARL SJRA				14-11	890,903,790	5	1	\$51,000	\$200	\$0	\$51,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)							1	\$261,500	\$900	\$0	\$262,400
COMPENSAR				EPS008	860,066,942	7	1	\$261,500	\$900	\$0	\$262,400
TOTAL							1	\$647,100	\$2,300	\$0	\$649,400