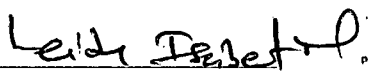
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
LEIDY ISABET MORALES SERRATO							
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.070.611.790			
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 5195 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: \$		6.970.808		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.219.891	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:		44721	Nº CDP: 3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) 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:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES (NUMERO)	
VALOR ADICIONADO \$		-		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
						PRORROGAS (NUMERO)	
						TIEMPO PRORROGADO:	
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 Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS DEL INFORME MENSUAL (PLAN DE ACCIÓN Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN), ACORDE AL CONVENIO ESTABLECIDO PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN PROGRAMATICO PREUPUESTAL, VS TALENTO HUMANO DEL MODELO MAS BIENESTAR. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, PROYECCIÓN DE TALENTO HUMANO DEL MODELO, SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS EQUIPOS OPERATIVOS DE LOS DIFERENTES PRODUCTOS, SEGUIMIENTO A INDICADORES, ASITIR A REUNIONES CONVOCADAS DESDE LA SDS. GESTIÓN DE INSUMOS.							
2 VERIFICAR CRONOGRAMAS DEL TALENTO HUMANO , CON EL CORRESPONDIENTE AJUSTE DE SUS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES, ASÍ COMO CONTRASTAR CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES. CONSOLIDACIÓN DE CRONOGRAMAS.							
3 SEGUIMIENTO SEMANAL Y ACTUALIZACIÓN DE TABLERO DE CONTROL DE PRODUCTIVIDAD Y PRECRITICA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO ASIGNADO.							
4 PARTICIPACION ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN VULNERABLE							
5 DIRECCIONAMIENTO TÉCNICO AL EQUIPO DE PROFEIONALES ASIGNADOS EN EL ACCIONAR ACORDE A LOS LINEAMIENTOS DE LAS ACCIONES A DESARROLLAR EN EL MODELO; DE LA MISMA FORMA REALIZAR APROPIACIÓN DE MANUALES OPERATIVOS Y FICHAS TECNICAS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO.							
6 REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRMANIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES CON LOS DATOS GENERADOS DESDE LAS BASES DE DATOS QUE PERMITEN APORTAR A LA TOMA DE DECISIONES ANÁLISIS DE LOS INDICADORES Y RESULTADOS DEL MODELO.							
7 REALIZAR PRECRITICA A LAS FICHAS DE NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD EN EL EVIÓ DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.							
8 PARTICIPACION EN LOS DIFERENTES ESPACIOS CONVOCADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL PARA FORTALECIMIENTO Y LÍNEA TECNICA QUE PORTEN AL DESARROLLO DE LA OPERAACIÓN DEL MODELO.							
9 REALIZAR GESTIÓN DOCUMENTAL A LOS SOPORTES DE LOS PRODUCTOS CORRESPONDIENTES AL PROCESO Y ESTA LLEVARLA A CABO ACORDE A LA NORMATIVIDAD INSTITUCIONAL.							
10 REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRMANIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES, CONSOLIDAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADE DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS.							

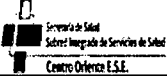
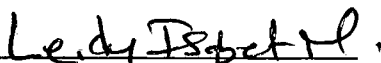
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	N/A	OPERADOR:	N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	AIANSALUD	N/A	\$ -
PENSIÓN:	PROTECCION	N/A	\$ -
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	N/A	\$ -
OTRO	N/A	N/A	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 0

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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



LEDY ISABET MORALES SERRATO
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
 CC: 1.070.511.790
 CEL: 3008176603

		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: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY ISABET MORALES SERRATO			CC:	1.070.611.790
CORREO ELECTRÓNICO:	ISABELL-204@HOTMAIL.COM			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 93D 67			TELÉFONO:	3008176603
				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:	BBVA		TIPO DE CUENTA:	ABORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
					0389338377
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5195 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44721
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/11/2024		
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.970.808	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.219.891 UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE				
 NOMBRE: LEIDY ISABET MORALES SERRATO CC 1.070.611.790 CEL 3008176603					



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y
APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-078
VERSIÓN: 2
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.F. Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

LEIDY ISABET MORALES SERRATO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

1.070.611.790

I. INFORMACIÓN 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 5195 2024

FECHA INICIO CONTRATO

24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

6.970.808

VALOR TOTAL DEL
CONTRATO INCLUIDO
ADICIONES:

\$

6.970.808

VALOR DE HONORARIOS
PERÍODO A CERTIFICAR:

\$

1.219.891

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

1

Nº CRP
INICIAL:

44721

Nº CDP INICIAL
DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO
INCLUYENDO PRORROGAS

UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

N/A

OPERADOR:

N/A

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 ()

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION ()

PRORROGA ()

VALOR ADICIONADO

\$

-

CDP DE LA

RP DE LA

TIEMPO

(MESES O DIAS)

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

Nº DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA

ACTO ADMINISTRATIVO DE

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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al

periodo del DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024

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:
SANTIAGO SERRANO ROJAS
PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

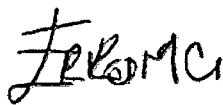
CERTIFICA

ANTIGUEDAD Y SEMANAS COTIZADAS POS

Que el (la) Señor(a) LEIDY ISABET MORALES SERRATO identificado con CC No. 1070611790 se encuentra en la actualidad en el PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS) con el contrato No 1070611790, con vigencia desde 6/1/2020 hasta 12/31/2050. La información de los beneficiarios pertenecientes a este contrato es la siguiente:

N.B	IDENTIFICACION	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEMANAS COTIZADAS	FECHA AFILIACION	ESTADO	FECHA VENCIMIENTO	COTIZA
1	1070611790	LEIDY ISABET MORALES SERRATO	30	227	01/06/2020	Vigente		Si

Se expide en Bogotá a los 20 días del mes de Noviembre del 2024



FIRMA AUTORIZADA

OFICINA VIRTUAL SERVICIO AL CLIENTE (DIRECCION GENERAL)

Esta certificación no es válida para traslados entre EPS, ni para definir la multifiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORALES SERRATO LEIDY ISABET** identificado(a) con CC número **1.070.611.790** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 10 de noviembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 20 de noviembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2024112014521



LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Identificada con NT No. 900959051

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909409, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1070611790	LEIDY SERRATO MORALES ISABET	RIESGO 3	3	2.436%	22/04/2019		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 20 de Noviembre del año 2024.

Firma Representante Legal

