Secretaría de Salud 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 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:	**$ 13.767.346**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			$ 3.659.674
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	44721	**N° 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	2	**PRORROGAS**	**2**	
VALOR ADICIONADO	**$ 1.568.432**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**4053**	**CRP DE LA ADICIÓN:**	**49731**	**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**	
N° 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)

ITEM	
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 MÁS BIENESTAR. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN PROGRAMÁTICO PRESUPUESTAL, VS TALENTO HUMANO DEL MODELO MÁS 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, ASISTIR 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 ACTUALIZACION DE TABLERO DE CONTROL DE PRODUCTIVIDAD Y PRECRITICA A LOS PRODUCTOS PRESENTADOS POR EL TALENTO HUMANO ASIGNADO.
4	PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN VULNERABLE
5	DIRECCIONAMIENTO TECNICO AL EQUIPO DE PROFESIONALES 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, VALIDACION DE CALIDAD Y DEPURACION DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACION DE INFORMACION Y RESULTADOS DE LA OPERACION DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANALISIS MENSUALES CON LOS DATOS GENERADOS DESDE LAS BASES DE DATOS QUE PERMITEN
7	REALIZAR PRECRITICA A LAS FICHAS DE NOTIFICACION Y SEGUIMIENTO A LA OPORTUNIDAD EN EL EVIO DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478637054	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	ALIANSALUD	09/12/2024	$ 261.500
PENSIÓN:	PROTECCION	09/12/2024	$ 334.700
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	09/12/2024	$ 51.000
OTRO			
TOTAL PAGADO			**$ 647.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.

2.- Que realice 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 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

LEIDY ISABET MORALES SERRATO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.070.611.790
CEL: 3008176603

Secretaría de Salud 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:	**LEIDY ISABET MORALES SERRATO**	CC:	1.070.611.790
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	isabell-204@hotmail.com	TELÉFONO:	3008176603
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6A 93D 67	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	( )

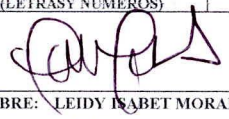
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	**0389338377**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5195 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 INCLUDO 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: **LEIDY ISABET MORALES SERRATO**
CC **1.070.611.790**
CEL **3008176603**

Secretaría de Salud 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 CONTRATACION 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	**LEIDY ISABET MORALES SERRATO**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.070.611.790**				
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 5195 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
N° PAGO / N° DE INFORME:	**4**	**N° CRP INICIAL:**	**44721**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3662**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478637054		**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								
N° DE MODIFICACIÓN:	N° (2)	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION (2)	PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO	$ 1.568.432	**CDP DE LA**	**4053**	**RP DE LA**	**49731**	**TIEMPO**	NUEVE (9) DIAS	
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.106	**CDP DE LA**	**4120**	**RP DE LA**		**TIEMPO**	UN (1) MES	

III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**	
N° 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 articulo 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**
	Yessica Fajardo **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **YESSICA PAOLA FAJARDO MERCHAN** **PERFIL: PROFESIONAL APOYO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070611790		MORALES SERRATO LEIDY ISABET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 6A 93D 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1108313154	9478637054	I	2024/12/20	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$647,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$334,700	$0	$0	$334,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$334,700	$0	$0	$334,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,000	$0	$0	$51,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$51,000	$0	$0	$51,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$261,500	$0	$0	$261,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$261,500	$0	$0	$261,500
TOTAL				1	$647,200	$0	$0	$647,200