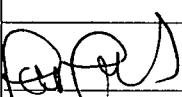
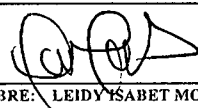
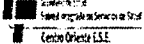
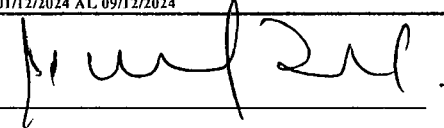
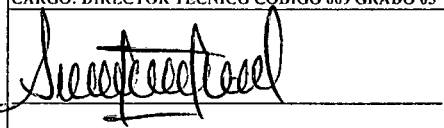
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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	\$	6.970.809	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	8.539.240	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.568.432	
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	44721	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49731
				TIEMPO PRORROGADO:	(9) NUEVE DIAS
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:		
ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 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 ACTUALIZACIÓN 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 TÉCNICO 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 TÉCNICAS PARA LA OPERACIÓN DEL MODELO.				
6	REALIZAR SEGUIMIENTO, VALIDACIÓN DE CALIDAD Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS Y HERRAMIENTAS 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 ENVÍO DE LAS NOTIFICACIONES GENERADAS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS. ENVÍO OPORTUNO DEL PROCESO DE NOTIFICACIÓN ORIGINARIA A LOS DIFERENTES SUBSISTEMAS.				
8	PARTICIPACIÓN EN LOS DIFERENTES ESPACIOS CONVOCADOS DESDE EL NIVEL CENTRAL PARA FORTALECIMIENTO Y LÍNEA TÉCNICA QUE APORTEN AL DESARROLLO DE LA OPERACIÓN 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 HERRAMIENTAS QUE PERMITAN LA GENERACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL MODELO; REALIZAR INFORMES Y ANÁLISIS MENSUALES, CONSOLIDAR LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDAD DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS POR LOS EQUIPOS OPERATIVOS.				
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
Nº DE PLANILLA:	9478637054		OPERADOR:	APORTES EN LÍNEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	ALIANSAUD	09/12/24	261.800		
PENSIÓN:	PROTECCION	09/12/24	334.700		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	09/12/24	51.000		
OTRO	N/A				
TOTAL PAGADO			647.500		
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 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, nel, pensión, rui)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo sccep 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 período correspondiente					
					
LEIDY ISABET MORALES SERRATO					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					
CC: 1.070.611.790					
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 DELIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
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:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	0389338377
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5195 2024	Nº CDP:	4053
		Nº RP:	49731
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/12/2024
		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 8.539.240	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.568.432 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS 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 - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-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				24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.539.240		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.568.432	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	Nº CRP INICIAL:	44721	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº 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:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	44731
				TIEMPO PRORROGADO:	(9) NUEVE DIAS
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
FECHA DE LA PÓLIZA	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 01/12/2024 AL 09/12/2024					
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			

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000		\$0	\$0	
1	CC 1070611790	MORALES LEIDY	230201	30	\$2,091,271	\$334,700	EPS001	30	\$2,091,271	\$261,500		0	\$0	\$0	14-7	30	\$2,091,271	\$51,000	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$2,091,271	\$334,700			\$2,091,271	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,271	\$51,000		\$0	\$0	

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	Límite	Pago	Banco	Días 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		
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500		
TOTAL				1	\$647,200	\$0	\$0	\$647,200		