

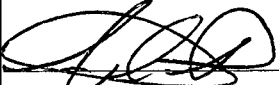
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.016.869		
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5196 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:	\$ 5.228.106	
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	44722	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)	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO	X	
Nº DE POLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA			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 Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN, ACORDE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN DE ACCIÓN VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES EMERGENTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERA, PMU, MESA DE SALUD, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO JORNADAS DE SALUD SE REALIZA JORNADA DE SALUD PARA REUBICACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA EMBERA ACORDE A LO SOLICITADO POR SDS SEGUIMIENTO A INSUMOS ANCESTRALES DE LA COMUNIDAD ÉTNICA DIFERENCIAL"				
2	APOYO A LA PROGRAMACIÓN DE LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS POR CADA LÍNEA DE ACCIÓN Y COMPONENTE CON EL FIN DE CORROBORAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. "SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR SDS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS, REALIZANDO PRE AUDITORIA, VERIFICACIÓN DE FORMATOS Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN				
3	VALIDACIÓN DE CALIDAD EN APLICATIVO DE SDS Y BASES DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS ÉTNICOS DIFERENCIALES, COMO REPORTES DIARIOS, SEGUIMIENTO A HOSPITALIZADOS, BASE UAIC, BASES DE INSUMOS ANCESTRALES" "SE DIO RESPUESTA Y APOYO A LAS DIFERENTES ACCIONES EMERGENTES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS, PARA LO CUAL SE DIO CUMPLIMIENTO A JORNADA DE SALUD DE MANERA SEMANAL EN UPI LA RIOJA, ALBERGUE BUEN SAMARITANO, ALBERGUE LA LUPITA, ALBERGUE OCOBOS, ALBERGUE SANTA MARTA, SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A CASOS NOTIFICADOS POR CORREO DESDE SDS Y GESTIÓN DEL RIESGO."				
4	"SE REALIZÓ INDUCCIÓN Y FORTALECIMIENTO AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, AL IGUAL SE PARTICIPÓ EN LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS DE LA COMUNIDAD DIFERENCIAL, ANEXOS TÉCNICOS Y FORTALECIMIENTO DEL APLICATIVO, ACORDE A LA CONVOCATORIO DESDE COORDINACIÓN DEL CONVENIO. SE REALIZÓ FORTALECIMIENTO TÉCNICO A LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES."				
5	SE REALIZAR LA REVISIÓN, PRE AUDITORIA Y VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS, ACTAS, INFORMES, FORMATO DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DE FAMILIAS AFRO, AL IGUAL SE REVISÓ LAS DIFERENTES BASES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES E INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERA Y AFRO EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO. SE REALIZÓ SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LA NOTIFICACIÓN LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN LAS INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERA.				
6	SE PARTICIPÓ EN LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS DESDE SDS CONFORME A LA PROGRAMACIÓN PARA LA SOCIALIZACIÓN Y FORTALECIMIENTO TÉCNICO DE LAS METAS, PRODUCTOS, FORMATOS, ANEXOS TÉCNICOS, ACTIVACIÓN DE RUTAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR. SE PARTICIPÓ EN FORTALECIMIENTO DESDE EL EQUIPO DE POLÍTICAS ÉTNICO DIFERENCIAL AFRO" SE REALIZÓ REVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DIFERENTES FORMATOS POR LAS ESTRATEGIAS ÉTNICO DIFERENCIALES DE COMUNIDAD INDÍGENA EMBERA Y COMUNIDAD AFRO QUE DAN CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DEL CONVENIO Y LA LÍNEA TÉCNICA				

7	SE REALIZÓ INFORME DE JORNADAS DE SALUD, INFORME MENSUAL DE LA EJECUCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DEL PRODUCTO QUE MUESTRAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMAS PARA EL CONVENIO SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO AL EQUIPO ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERA EN LAS DIFERENTES ACCIONES REALIZADAS EN LA UPI LA RIOJA, ALBERGUE OCOBOS, SANTA MARTA, ALBERGUE BUEN SAMARITANO Y LA LUPITA
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

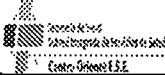
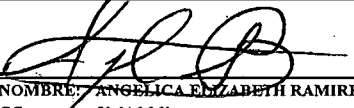
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA	1067971789	OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITAS	10/11/2024	\$	191.800
PENSIÓN:	PORVENIR	10/11/2024	\$	241.600
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/11/2024	\$	37.400
OTRO	N/A	N/A	\$	-
TOTAL PAGADO:				\$ 470.800

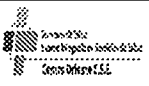
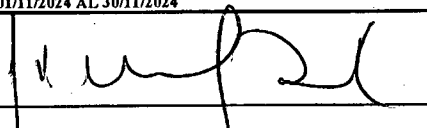
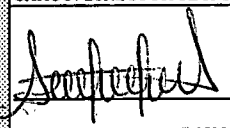
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.	
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el Ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, ari, 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	



ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 53.016.869
CEL: 3153066646

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-014	
		APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 6	
		FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		FECHA: 2024-09-16	
		Y DE APOYO A LA GESTIÓN			
DATOS DEL CONTRATISTA:					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		CC:	53.016.869	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANRAMIREZ1312@GMAIL.COM		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 SUR 79F 14 IN 5 AP 201 BL P1		TELÉFONO:	3153066646	
			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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					003800217915
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5196 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44722
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO	30/11/2024		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/11/2024 AL 30/11/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 5.228.106				
CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO SEIS PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO					
CC 53.016.869					
CEL 3153066646					

		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			ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.016.869		
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 5196 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 PERIODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106	
N° PAGO / N° DE INFORME:		2		N° CRP INICIAL 44722	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067971789		OPERADOR: SIMPLE	
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					
N° DE MODIFICACION:		N° ()		TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION () PRORROGA ()	
		CDP DE LA		RP DE LA	
				TIEMPO (MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA POLIZA		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 01/11/2024 AL 30/11/2024					
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			

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1042064216

Destino de pago

SIMPLE OI

Motivo

Pago de Seguridad Social

Fecha

10/11/2024

Número de aprobación

00064216

Dirección IP

181.206.101.48

Valor transacción

\$ 484.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.0.19.58

Referencia 2

CC

Referencia 3

53016869