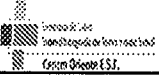
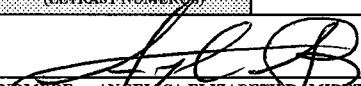
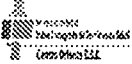
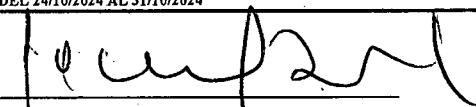
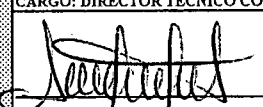


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2014-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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 N°:			PS 5196 2014		FECHA INICIO CONTRATO:
					24/10/2014
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
N° DE INFORME:	1		N° CRP:	44722	N° CDP:
		3662			
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS:	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 01		
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN:	ADICIONES	(NUMERO)	PROROGAS
				(NUMERO)	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	3662	CRP DE LA ADICIÓN:	44722
				TIEMPO PROROGADO:	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI		
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NO
FECHA DE LA PÓLIZA:			FECHA DE APROBACIÓN:		X
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. SOCIALIZACIÓN DE LINEAMIENTO PARA EL CONVENIO 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*				
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.				
3	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				
4	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 DEL DÍA 24 DE OCTUBRE EN UPI LA RIOJA, SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A CASOS NOTIFICADOS POR CORREO DESDE SDS Y GESTIÓN DEL RIESGO.				
5	SE REALIZÓ INDUCCIÓN 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.				
6	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.				
7	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.				
8	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				
9	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, ALBERGUE BUEN SAMARITANO Y LA LUPITA				
10					

11	
12	
13	
14	
15	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
Nº. DE PLANILLA:	N/A
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD OPERADOR FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD	SANTAS N/A \$ -
PENSION	PORVENIR N/A \$ -
RIESGOS LABORALES	BOLIVAR N/A \$ -
OTRO	N/A N/A \$ -
TOTAL PAGADO	
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 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, srl, pension, rut) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo recop 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 alguna una de las obligaciones del contrato)	
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	
 ANGELICA ELZABETH RAMIREZ AREVALO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 53.016.869 CEL: 3153061646	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
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:	003800217915
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERÍODO 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:	31/11/2024		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DÍAS
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	DEL 24/10/2024 AL 31/10/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.219.891 UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN 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. 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 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: \$ 1.219.891	
N° PAGO / N° DE INFORME		1		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		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					
N° DE MODIFICACIÓN:		N° ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$		ADICIÓN () PRÓRROGA ()	
		CDP DE LA		TIEMPO (MESES O DIAS)	
		RP DE LA			
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 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			



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Angelica Elizabeth Ramirez Arevalo, identificado(a) con CC número 53016869, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 53016869
NOMBRES Y APELLIDOS	Angelica Elizabeth Ramirez Arevalo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	12/03/1985
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	12/07/2005
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	527 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	10/06/2011
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 53016869 ANGELICA ELIZABETH
RAMIREZ AREVALO Desde 01/09/2017 - Vigente



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **53.016.869**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



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

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	53016869	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREBALO	RIESGO 3	3	2.436%	01/12/2017		IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1 MES	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 13 de Noviembre del año 2024.

Firma Representante Legal

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILL.

DEPARTMENT OF CHEMISTRY

RECEIVED

1941

1941

1941