	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

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 PRESTACION 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:**		**$ 1.219.891**
N° DE INFORME:	1	**N°.CRP:**	44722	**N° 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
VALOR ADICIONADO	**$ -**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	3662	**CRP DE LA ADICIÓN:**	44722	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ITEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas 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	OPERADOR:	N/A

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	N/A	$ -
PENSIÓN:	PORVENIR	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 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 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 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 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 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:	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO	CC:	53.016.869
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANRAMIREZ1312@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3153066646
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 SUR 79F 14 IN 5 AP 201 BL P1	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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	003800217915

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5196 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	44722	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO 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 NUMEROS)	$ 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. 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 PERÍODO 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 (ADICION - PRORROGA):		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)

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 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 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

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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

Generado por interfaces

13/11/2024

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

porvenir
sólo hay uno

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.

SEGUROS
BOLÍVAR

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 IDENTIFICACION	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 1MES	ACTIVO

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

Firma Representante Legal

VIGILADO