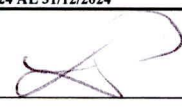


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:	\$	13.767.346	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.659.674		
Nº DE INFORME:	4		Nº CRP:	44722	Nº 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						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2
VALOR ADICIONADO	\$	1.568.432	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49650
VALOR ADICIONADO	\$	5.228.106	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	UN (1) MES
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X	
Nº 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 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 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.					
2	SE DIO RESPUESTA Y APOYO A LAS DIFERENTES ACCIONES EN SALUD DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS					
3	SE REALIZO FORTALECIMIENTO AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, AL IGUAL SE PARTICIPÓ EN LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS DESDE LA SECRETARIA DE SALUD Y LA SUBRED					
4	SE REALIZAR LA REVISIÓN, PREAUDITORIA Y VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS, ACTAS, INFORMES, FORMATO DE FIRMA 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 EMBERÁ Y AFRO EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO.					
5	SE REALIZO REVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DIFERENTES FORMATOS POR LAS ESTRATEGIAS ÉTNICO DIFERENCIALES DE COMUNIDAD INDIGENA EMBERA Y COMUNIDAD AFRO QUE DAN CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DEL CONVENIO Y LA LINEA TÉCNICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL.					
6	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS					
7	SE REALIZO INFORME DE JORNADAS DE SALUD, INFORME MENSUAL DE LA EJECUCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS PRODUCTO QUE MUESTRAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMAS PARA EL CONVENIO					
8	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO AL EQUIPO ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ EN LAS DIFERENTES ACCIONES REALIZADAS EN LA UPI LA RIOJA, ALBERGUE BUEN SAMARITANO Y KILOMBO YUMMA					
9	SE APOYO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONVENIO DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR, AL IGUAL SE REALIZÓ INFORME CUALITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS					
10						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	1068673776		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS		06/12/2024	\$ 261.500		
PENSIÓN:	PORVENIR		06/12/2024	\$ 334.600		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		06/12/2024	\$ 51.000		
OTRO	CCF COMPENSAR		06/12/2024	\$ 12.600		
TOTAL PAGADO				\$ 659.700		
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 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 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:	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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)			
		Nº CUENTA:	003800217915
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5196 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 INCLUIDO 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: 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:		\$ 13.767.346		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.659.674	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4		Nº CRP INICIAL: 44722	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068673776		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:		LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICION (2)	
		CDP DE LA ADICIÓN: 4053		PRORROGA (2)	
VALOR ADICIONADO		\$ 5.228.106		TIEMPO PRORROGADO: NUEVE (9) DIAS	
		CDP DE LA ADICIÓN: 4120		TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:				X	
FECHA DE LA PÓLIZA				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
				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	
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 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			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

5196

Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTO LIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 03:44:17 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068673776

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		
Documento	CC53016669	Dirección	CLL 51 SUR 79 F 14 BLQ P1 INT 5 APTO 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3153066646
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	ART	IDE	TAJE	TAP	VSP	VST	SW	MAC	AVP	VCT	REP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IEI Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte ESAP	Total
CC 53016669	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO	59	00														0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 2.091.243	\$ 334.600	(EPS005) EPS SANTAS	\$ 2.011.243	\$ 261.500	2.430	\$ 2.091.243	\$ 51.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 2.091.243	\$ 12.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 659.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 2.091.243	\$ 2.091.243	\$ 2.091.243	\$ 2.091.243	\$ 334.600	\$ 261.500	\$ 51.000	\$ 12.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 159.700	\$ 0	\$ 659.700