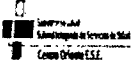
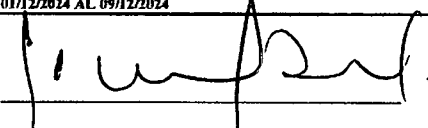
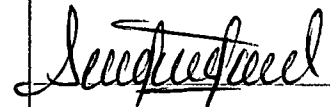
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ANA MILENA SANCHEZ MEDINA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.110.451.859		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO 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 5338 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
				23/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
				UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.539.240		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.568.432	
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	
				44650	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		Nº CDP:	
				3662	
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:		I		TIPO DE MODIFICACIÓN	
				ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		PRORROGAS	
				I	
		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:	
		4053		49629	
				TIEMPO PRORROGA DO:	
				(9) NUEVE DIAS	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
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)					
ITEM					
1		PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES. SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED REALIZANDO 20 VISITAS DE LA LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE			
2		SE REALIZO REGISTRO A LOS SEGUIMIENTOS EN EL EPLICATIVO EN LINEA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PLANILLA DE FAMILAS CON PLAN CUIDADO FAMILAR			
3		REALIZAR CANALIZACIÓN SEGUN LAS NECESIDADES REQUERIDAS, ENVIARLAS PARA TRAMITE RESPECTIVO			
4		BRINDAR EDUCACION A LAS FAMILIAS VISITADAS EN LA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL USO DE POLVORA EN EPOCAS FESTIVAS DE FIN DE AÑO,			
5		REALIZAR ORIENTACIÓN EN SALUD MENTAL FRENTE AL MANEJO DE DUELO EN EPOCAS DE FIN DE AÑO			
6		REALIZAR REPORTE SI SE EVIDENCIA NECESIDAD EN CASOS DE SIVIM Y SISVECOS			
7		DILIGENCIAR LA INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN. SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y APLICATIVO DISTRITAL.			
8		ASISTENCIA A REUNION MENSUAL CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS			
9		ENTREGA DE BASES Y FORMATOS DE ACUERDO A LA META ESTABLECIDA			
10		REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		99-7797-2009		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		NUEVA EPS		09-12-24	
PENSIÓN:		PORVENIR		09-12-24	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		09-12-24	
OTRO		N/A			
TOTAL PAGADO				647.200	
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 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					
Ana Milena Sanchez M					
ANA MILENA SANCHEZ MEDINA					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					
CC: 1.110.451.859					
CEL: 3205763517					

 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:	ANA MILENA SANCHEZ MEDINA	CC:	1.110.451.859
CORREO ELECTRÓNICO:	amsanchezsubredcentroorient@gmail.com	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 95 A 136 42	TELÉFONO:	3205763517
		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 párrafo 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:	AV VILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	80810240
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	P5 5338 2024	Nº CDP:	4053
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/12/2024
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/12/2024 AL 09/12/2024		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.568.432		
	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE		
Ana Milena Sanchez M. NOMBRE: ANA MILENA SANCHEZ MEDINA CC 1.110.451.859 CEL 3205763517			

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			ANA MILENA SANCHEZ MEDINA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.110.451.859		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO 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 5338 2024		FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024	
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: 44650 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:		947797 2009		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 - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 1.568.432		ADICIÓN (1) TIEMPO	
CDP DE LA		4053		PRORROGA (1) (9) NUEVE DÍAS	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA POLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
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					
1		¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		SI	
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?		NO	
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 01/12/2024 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			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205763517	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	1107532582	9477972009	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO AV VILLAS	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		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$334,700	\$0	\$0	\$334,700		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000		
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$51,000	\$0	\$0	\$51,000		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500		
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$261,500	\$0	\$0	\$261,500		
TOTAL				1	\$647,200	\$0	\$0	\$647,200		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205763517	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-11	2024-11	1107532582	9477972009	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO AV VILLAS	\$647,200

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0
1	CC	1110451859	SANCHEZ ANA	230301	30	\$2,091,270	\$334,700	EPS037	30	\$2,091,270	\$261,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,091,270	\$51,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,091,270	\$334,700			\$2,091,270	\$261,500			\$0	\$0			\$2,091,270	\$51,000		\$0	\$0