		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-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.B PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES N°		PS 5338 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 6.970.808		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 6.970.808		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
N° DE INFORME:		2		N° CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		N/A		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIONES (NUMERO)	
CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS (NUMERO)	
TIEMPO PRORROGADO:		NO			
III. POLIZAS					
FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
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 MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, RELACIONADOS A SEGUIMINETS Y CIERRES EN LAS LOCALIDADES CORRESPONDIENTE A LA SUBRED CENTRO ORIENTE			
2		PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR, DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES			
3		APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, PRESENTANDO LA INFORMACIÓN O SOPORTES QUE SE SOLICITE SEGUN REQUERIMIENTO DE ENTES REGULADORES			
4		APOYAR LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			
5		REALIZAR APROPIACIÓN CONCEPTUAL DESDE SU PERFIL CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED			
6		DESARROLLAR PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL, EN FUNCIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS TRANSVERSALES			
7		REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE EL MES			
8					
9					
10					
11					

12	
13	
14	
15	

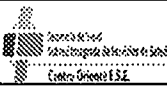
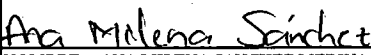
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
Nº. DE PLANILLA:	9477190667	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	11/12/2024	\$ 233.700
PENSIÓN:	PORVENIR	11/12/2024	\$ 233.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/12/2024	\$ 35.600
OTRO	N/A	N/A	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 503.000

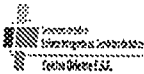
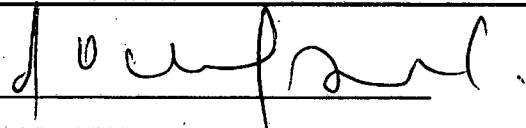
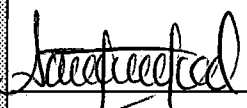
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en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

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 - GESTIÓN 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:	ANA MILENA SANCHEZ MEDINA			CC:	1.110.451.859
CORREO ELECTRÓNICO:	AMSANCHEZSUBREDCENTROORIENTE@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 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.					
Régimen 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	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
					80810240
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5338 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44650
FECHA DE INICIO CONTRATO:	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024	
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DÍAS VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 6.970.808	
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: ANA MILENA SANCHEZ MEDINA CC 1.110.451.859 CEL 3205763517					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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			E. ANA MILENA SANCHEZ MEDINA																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.110.451.859																										
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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		\$ 6.970.808		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: \$ 5.228.106																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL: 44650																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9477190667		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 MODIFICACION:		Nº ()		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION () PRORROGA () (MESES O DIAS)																									
III. PÓLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTÓ PÓLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO																									
Nº DE PÓLIZA:		X		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:																									
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE		TIEMPO																									
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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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																											

Resumen General de Pago

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	Limite		Pago		Banco			Días Mora		Valor		
2024-10	2024-10	1043944980		9477190667		I	2024/11/18		2024/11/12		BANCO AV VILLAS			0		\$451,900		
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,460,474	\$233,700			\$1,460,474	\$182,600			\$0	\$0			\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,460,474	\$233,700			\$1,460,474	\$182,600			\$0	\$0			\$1,460,474	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,460,474	\$233,700			\$1,460,474	\$182,600			\$0	\$0			\$1,460,474	
1	CC 1110451859	SANCHEZ ANA	230301	30	\$1,460,474	\$233,700	EPS037	30	\$1,460,474	\$182,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,460,474	
Total Afiliados(1)					\$1,460,474	\$233,700			\$1,460,474	\$182,600			\$0	\$0			\$1,460,474	

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
2024-10	2024-10	1043944980	9477190667	I	2024/11/18	2024/11/12	BANCO AV VILLAS	0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$233,700	\$0	\$0	\$233,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$233,700	\$0	\$0	\$233,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,600	\$0	\$0	\$35,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$35,600	\$0	\$0	\$35,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$182,600	\$0	\$0	\$182,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$182,600	\$0	\$0	\$182,600
TOTAL				1	\$451,900	\$0	\$0	\$451,900



**Tu pago en APORTES
EN LINEA - Pago de
la Planilla de aportes
con clave:
9477190667 fue
aprobado**

No. de autorización
52529007

Valor \$451.900

Desde Ahorros No. **** 0240

Hacia Aportes En Linea - Pago De La Planilla De
Aportes Con Clave: 9477190667 - Pedido o
Factura No. 9477190667

Fecha 12/11/2024
Hora: 07:41 am

IP de origen 191.156.181.99

Si tienes dudas nos puedes contactar de la siguiente forma:

Línea nacional: +57 01 8000 51 8000

