Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: 2025-02-11**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1,032,443,508			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1110 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**			01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 14,677,632**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	CUATRO (4) MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14,677,632**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**			**$ 3,669,408**
N° DE INFORME:	N° 2	**N° CRP:**	4498	**N° CDP:**	1	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN DIRECTORA AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**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:**		

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 CONSULTA, DONDE SE DETECTA ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS, DETECCION DE ALTERACION DEL EMBARAZO (CONTROL PRENATAL), ASESORIA PRE Y POS VIH, PLANIFICACION FAMILIAR HOMBRES Y MUJERES EDAD FERTIL, TOMA Y ENTREGA DE RESULTADOS CITOLIGIA VAGINAL A MUJERES OBJETO DEL PROGRAMA. ACTIVIDADES JUNTO CON EL EQUIPO DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRE A CARGO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE LOS CENTROS DE ATENCION DEL PROCESO AMBULATORIO DIRIGIDAS A LA POBLACION OBJETO DEL CONTRATO.
2	LIDERAR Y ORGANIZAR ACTIVIDADES CON EL EQUIPO DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRA A CARGO DEL DESARROLLO DE PROGRAMAS ESPECIFICOS DE LOS CENTROS DE ATENCION DEL PROCESO AMBULATORIO DIRIGIDOS A LA POBLACION OBJETO DEL CONTRATO PARA EL RESPECTIVO SEGUIMIENTO.
3	REVISION DE DOCUMENTO PROCEDIMIENTO DE ATENCION AMBULATORIA DE POBLACION DE ASILAMIENTO PREVENTIVO OBLIGATORIO ENFASIS EN POBLACION ADULTA MAYOR PARA AJUSTE DE ATENCIONES
4	EN COMPAÑIA DE PERSONAL AUXILIAR SE REALIZA VERIFICACION Y ACTUALIZACION DE CADA UNA DE LAS COHORTES, COMO CITOLOGIAS,CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGUIMIENTO A MATERNAS Y PRIORIZACION DE ACTIVIDADES .
5	REALICE EN EL MES DE FEBRERO 2025 186 HORAS
6	APOYAR EL PROCESO DE GESTION Y OPERACIÓN DE; BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, PATOLOGIAS Y EVENTOS DE ALTO COSTO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE COHORTES SEGÚN GRUPOS DE RIESGO PRIORIZADOS EN EL MARCO DE LAS MIAS.
7	REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD CONFORME A NECESIDAD DEL SERVICIO, ASI COMO EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA.
8	PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, EN LO RELACIONADO CON ACTIVIDADES DE PROMOCION DE LA SALUD Y DETECCION DE LA ENFERMEDAD SEGÚN CURSO DE VIDA, PROGRAMAS DE ATENCION Y CONDICIONES DE LOS USUARIOS. PROGRAMACION Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZAN LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA DEMAS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES Y REPORTES QUE SE DERIVEN DE LA ATENCION RELACIONADA CON SU PROFESION SEGUN LA DEMANDA DEL USUARIO Y NECESIDAD DEL SERVICIO, DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO, SUJETANDOSE A LA NORMATIVIDAD VIGENTE EN EL MARCO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD PARA EL SERVICIO DE LA PROFESION , ACOGIENDOSE LAS GUIAS Y PROTOCOLOS DEFINIDOS POR LA SUBRED.

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	32509129	**OPERADOR:**	ASOPAGOS

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	11/02/2025	$ 184,300
PENSIÓN:	**PROTECCION**	11/02/2025	$ 235,900
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	11/01/2025	$ 36,000
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 456,200**

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 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

Tatiana Arevalo

ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:102443508
CEL:3024202633

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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: 2025-02-11

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (28/02/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ	**CC:**	1032443508
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	aarevalo08@uan.edu.co	**TELÉFONO:**	3024202633
DIRECCIÓN DOMICILIO:	cra 21 este # 92- 80 sur	**CIUDAD:**	BOGOTA

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	( )

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**	**N° CUENTA:**	055048843406071 8

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 1110 2025**	**N° CDP:**	1	**N°. RP:**	4498	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4)**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**01/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**30/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.677.632**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**3,669,408**
	TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHO PESOS MDA/CTE					

Tatiana Arevalo R.

ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
cel: 3024202633
C.C 1032443508

VoBo Carlos Martinez U

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**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: 2025-02-28**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1,032,443,508**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SUS SERVICIOS PERSONALES DE APOYO, EN SU CONDICION DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDES ASISTENCIALES EN LOS DIFERENTES SERVICIOS CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1110 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**01/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		**$**			**14,677,632**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 14,677,632**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 3,669,408**
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 DE 2	**N° CRP INICIAL:**	4498	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		32509129	**OPERADOR:**	ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		AMBULATORIOS			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		5AN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		(CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN- DIRECTOR AMBULATORIOS			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				0	0
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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 APROBACIÓN:**		

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.

	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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **CARGO: DRA CLAUDIA MELO PASTRAN (DIRECTORA DE AMBULATORIOS)**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **PERFIL:EDILSON SANCHEZ (ENLACE OPERATIVO)**

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANGIE AREVALO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1032443508
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-11
FECHA DE PAGO:	2025-02-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	32509129
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32509129
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	$ 1.467.764	$0	$0	$800	$ 183.500	$ 184.300
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.467.764	$0	$0	$ 1000	$ 234.900	$ 235.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.467.764	$0	$0	$200	$ 35.800	$ 36.000
				Total a pagar	$0	$0	$ 2000	$ 454.200	$ 456.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/03/2025