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 PERIODO A CERTIFICAR:	$ 3,669,408		
Nº DE INFORME:	Nº 3	Nº CRP:	4498	Nº 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

Nº 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	
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)

1	SE REALIZA CONSULTA, DONDE SE DETECTA ALTERACIONES DEL MENOR DE 10 AÑOS, DITECCION 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 SEGUIMEINTO A MATERNAS Y PRIORIZACION DE ACTIVIDADES .
5	REGISTRO HISTORIAS CLINICAS DINAMICA GERENCIAL. BASE DATOS PRUEBAS RAPIDAS
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:	32812995	OPERADOR:	ASOPAGOS		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL	11/03/2025	$	184,200	
PENSIÓN:	PROTECCION	11/03/2025	$	235,800	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/01/2025	$	36,000	
OTRO					
TOTAL PAGADO			$	456,000	

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 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 R.

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

VoBo Carlos Martinez

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: (31/03/2025)

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	Nº CUENTA:	055048843406071 8

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 1110 2025	Nº CDP:	1	Nº. 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 01/03/2025 AL 31/03/2025					
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 Ramirez

ANGIE TATIANA AREVALO RAMIREZ

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

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 PERIODO A CERTIFICAR:	$	3,669,408
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 DE 3	Nº CRP INICIAL:	4498	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	1
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	32812995		OPERADOR:	ASOPAGOS	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	AMBULATORIOS				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SAN CENTRO DE SALUD ANTONIO NARIÑO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	(CLAUDIA MARCELA MELO PASTRAN- DIRECTOR AMBULATORIOS				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº 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	
Nº 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 (01/03/2025) AL (31/03/2025)

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: EDISON 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:	2025-03-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-03-11
FECHA DE PAGO:	2025-03-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-02
PERÍODO SALUD:	2025-02
NÚMERO PLANILLA:	32812995
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	32812995
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	$ 700	$ 183.500	$ 184.200
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.467.764	$0	$ 0	$ 900	$ 234.900	$ 235.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.467.764	$0	$ 0	$ 200	$ 35.800	$ 36.000
				Total a pagar	$0	$ 0	$ 1.800	$ 454.200	$ 456.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/04/2025