



1. CONTRATO 714 2. AREA PIC

3. CONTRATISTA DIANA PATRICIA TORRES ROMERO 4. FECHA 5/12/2022

COORDINADOR DE SEDE Y/O SECRETARIA JEIMMY VARGAS HURTADO

COPIA CONTRATO
COPIA ACTA DE INICIO
INFORME DE ACTIVIDADES
PAGO S.G.S.S.S
CERT. BANCARIA
FOR. RETEFUENTE
INFORME Y/O ACTA DE ALMACEN

X
X
X
X



RECIBIDO

FECHA: 12/12/2022

HORA: 12:50

DIAS: 6

Radicación MONICA MARTINEZ

SUPERVISOR: MARTHA JEANETTE RUBIO

CERTIFICADO DE SUPERVISION	☒
PAZ Y SALVO	<u>informe</u>
LIQUIDACION	

FECHA DE ENTREGA	FIRMA
<u>16-12-2022</u>	<u>[Firma]</u>

TALENTO HUMANO:

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA

PRESUPUESTO:

1175

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA
<u>16 DIC 2022</u>	

CONTABILIDAD:

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA

TESORERIA:

OBSERVACIONES

FECHA DE ENTREGA	FIRMA
<u>19-12-22</u>	<u>[Firma]</u>

9:50 PM

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting.

2. The second part of the document is a list of the names of the persons who were absent from the meeting.

3. The third part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting.

4. The fourth part of the document is a list of the names of the persons who were absent from the meeting.

5. The fifth part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting.

6. The sixth part of the document is a list of the names of the persons who were absent from the meeting.

7. The seventh part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting.

8. The eighth part of the document is a list of the names of the persons who were absent from the meeting.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1. The first part of the document is a list of the names of the persons who were present at the meeting.

Soacha, 5 de diciembre de 2022
Número 714-01

CUENTA DE COBRO

**ESE MUNICIPAL DE SOACHA
JULIO CESAR PEÑALOZA
NIT. 832.001.794-2**

DEBE A

**DIANA PATRICIA TORRES ROMERO
Cedula No.52.754.581 DE BOGOTA**

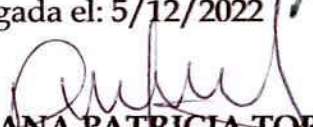
La suma de: (\$ 2.178.000) DOS MILLONES CIENTO SETENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE.

Por concepto de prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para realizar Actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha, en concordancia con las normas que regulan el sistema de Seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con el contrato interadministrativo N°. 2240 de 2022 suscrito entre el municipio de Soacha - Secretaria de Salud y la E.S.E municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza sede SAN MARCOS por las actividades realizadas del 8 al 30 del mes de Noviembre del 2022, según contrato N° 714 /2022.

Consignar a la cuenta de ahorros de DAVIVIENDA No. 002300262603

Mi número de planilla: 1050744596

Pagada el: 5/12/2022


**DIANA PATRICIA TORRES ROMERO
CC No. 52.754.581 DE BOGOTA
Dirección de Domicilio: CL 8 A 22 -10
Teléfono Celular: 3214748392
Correo electrónico: dpatorres30@hotmail.com**



ESE MUNICIPAL JULIO CESAR PEÑALOZA

FORMATO DE INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA

INFORMACION PERSONAL							
Fecha de Expedición			Nombre				
DD	MM	AA	Cedula	Cargo	Correo	Celular	
5	12	2022	52754581	Auxiliar de enfermería	dpatorres30@hotmail.com	3214748392	
INFORMACION CONTRACTUAL							
Contrato			Vigencia del contrato			Valor inicial del contrato	
No. 714			07 Noviembre de 2022 al 30 de Noviembre del 2022			\$ 2.178.000	
Valor a cobrar			Periodo a cobrar				
\$ 2.178.000			07 Noviembre de 2022 al 30 de Noviembre 2022				
OBJETO CONTRACTUAL							
PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS EN EL MUNICIPIO DE SOACHA EN CONCORDANCIA CON LAS NORMAS QUE REGULAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES Y PRIORIDADES DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MARCO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, DE CONFORMIDAD CON EL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO No. 2240 DE 2022 SUSCRITO ENTRE EL MUNICIPIO DE SOACHA - SECRETARÍA DE SALUD Y LA ESE MUNICIPAL DE SOACHA JULIO CESAR PEÑALOZA CLÁUSULA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: GENERALES							
IV. CUMPLIMIENTO SEGÚN CONTRATO.							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO			PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		
1) Identificación y gestión del riesgo a familias nuevas realizando la caracterización social y ambiental en el hogar		En el mes de noviembre realice identificación del riesgo a familias nuevas mediante ficha caracterización			100%		
2) Captación y tamizaje de mujeres gestantes en el municipio activando la ruta de atención integral		En este mes realice tamizaje a mujeres gestantes, activando ruta de atención integral			100%		
3) Realizar valoración integral a través de la Ficha de la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia - AIEPI - Comunitario		En este mes realice valoración integral a través de ficha aiepi.			100%		
4) Realizar apoyo y demanda de inducida en jornadas de vacunación y barridos - PAI - convocadas por Ministerio de Salud y Protección Social y/o por la Secretaría de Salud Municipal para el fortalecimiento de la prevención de enfermedades inmunoprevenibles - Covid 19		En el mes de noviembre realice apoyo y demanda inducida en las jornadas de vacunación pai, programadas por la Secretaría de Salud.			100%		
5) Realizar tamizaje de detección temprana de infecciones de transmisión sexual (sífilis/VIH) en población vulnerable (Ciudadano habitante de calle, trabajadores informales, actividades sexuales pagas, población LGBTI).		realice tamizaje de detección temprana de enfermedades transmisibles, en población vulnerable			100%		
6) Realizar acciones de información y educación para la prevención de enfermedades respiratorias agudas - COVID19 - medidas de protección - distanciamiento físico - uso de tapabocas y lavado de manos.		Realice información y educación de enfermedades respiratorias agudas, medidas de protección.			100%		
7) Asistir y participar activamente en brigadas, campañas y demás actividades programadas por la Empresa de Salud ESE y Secretaría de Salud del Municipio de Soacha.		En el mes de noviembre asistí a las brigadas y demás actividades programadas.			100%		
8) Asistir a las diferentes reuniones a las que sean requeridos por parte de la ESE y/o la Secretaría de Salud de Soacha, concernientes a la ejecución y cumplimiento del contrato.		En este mes asistí a las diferentes reuniones, concernientes al contrato.			100%		
9) El contratista deberá entregar de manera oportuna según las fechas estipuladas por la referente del programa, los productos realizados en campo, bases de datos y retroalimentación de casos asignados a la referente y/o a la persona encargada de consolidar la información.		En el mes de Noviembre entregue oportunamente y en las fechas estipuladas los productos realizados.			100%		
10) Realizar actividades del plan de gestión documental como son: organización, foliación, conservación y entrega de la documentación que tiene a cargo de acuerdo a los lineamientos exigidos.		En este mes realice, organización, foliación, entrega de documentos según lineamientos			100%		
11) Ejecutar acciones de información, educación y comunicación del riesgo, así como búsqueda activa de población prioriza (mujeres gestantes, puérperas y menores de 1 año) y población sujeta del plan de vacunación Covid 19 por medio de barrio.		En noviembre se realizó actividades de información educación búsqueda activa de mujeres gestantes y población sujeta			100%		

11) El contratista deberá cumplir todas y cada una de las actividades asignadas durante el periodo de ejecución, lo cual deberá ser acreditado ante el supervisor con la evidencia correspondiente y justificará el pago de los honorarios pactados en el presente acuerdo de voluntades. En caso de incumplimiento total o parcial de las actividades asignadas, se dispondrá por parte del supervisor un plan de mejora para subsanar el cumplimiento, cuando sea factible, en caso de no evidenciarse los resultados esperados y acordes al objeto contractual el supervisor definirá la procedencia de adelantar una terminación anticipada unilateral del contrato con la debida glosa de actividades no ejecutadas al contratista, se reflejará en la posterior liquidación, actuación que se aprueba por parte del contratista con la suscripción del contrato	En el mes de Noviembre cumpli con todas las actividades asignadas, con las evidencias correspondientes lo cual justifica el pago pactado entre el presente acuerdo.	100%
12) El contratista debe garantizar la calidad, oportunidad y suficiencia documental a través de: caracterización del individuo, familia, plan familiar — priorización del individuo y/o familia, canalización efectiva y base de datos de acciones colectivas	En el mes de Noviembre, garantice la calidad de caracterizaciones, canalizaciones y prioridad del individuo.	100%
13) Las demás Actividades que le sean asignadas y estén acordes con la naturaleza del objeto contractual.	En el mes de Noviembre asistí a las actividades asignadas.	100%


 DIANA PATRICIA TORRES ROMERO
 CC 52754581


 JEIMMY VARGAS HURTADO
 Referente PIC



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-12-05, 08:48:44 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1050744596 Referencia pago(PIN) 8834132510
Período Cotización 202211 Período Servicio 202211

Cliente:

PAGADA 2022-12-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA PATRICIA TORRES ROMERO		
Documento	CC 52754581	Dirección	CL 8A #22 - 10 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3214748392
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Cludad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52754581	Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00					TORRES ROMERO DIANA PATRICIA	25754000 - 25		CUNDINAMARCA

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades										Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
ING	RET	TDE	TAE	TIDP	TAP	VBP	VBT	BLA	LMA				VAC	AVC	VCT	RRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SUR	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 160.000	\$ 0	\$ 0	\$ 125.000	\$ 24.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 309.400



MinTrabajo
República de Colombia

DECLARACIÓN JURAMENTADA

VERSION: 1 - abr-2012

En la ciudad de _____ Dpto. de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____
Yo _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____

numero _____ de _____ manifiesto libre y voluntariamente que:

1. la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica

Nombres y Apellidos Completos	Tipo y N° de documento de identificación	Parentesco

2. Declaro que el señor(a) _____ identificado(a) con el tipo de documento de identificación _____
es mi compañero(a) permanente y convivimos desde hace _____ años

3. Declaro que mi(s) padre (madre)(s) relacionado(s) como parte del núcleo familiar, no reciben subsidio familiar, salario renta o pensión alguna, ni están afiliado(a) (s) a otra Caja de Compensación Familiar.

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la ley.

En _____ a los _____ días del mes _____ de _____
Firma del declarante: _____
Firma del representante: _____
Firma del testigo: _____
Firma del testigo: _____

Visado SuperSubsidio

BOGOTÁ, D.C. - 19 de mayo de 2012

DATOS DEL CONTRATISTA**Contrato No. 714 de 2022****CERTIFICACION CON VIGENCIA DE: 8 DE NOVIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2022****NOMBRE: DIANA PATRICIA TORRES ROMERO**

OBJETO: Por concepto de prestación de servicios de apoyo a la gestión como auxiliar de enfermería para realizar Actividades del plan de intervenciones colectivas en el municipio de Soacha, en concordancia con las normas que regulan el sistema de Seguridad social en salud, el plan de salud territorial de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población mediante la implementación de la estrategia de atención primaria en salud en el marco de acciones de promoción y mantenimiento de la salud de acuerdo con el contrato interadministrativo N°. 2240 de 2022 suscrito entre el municipio de Soacha - Secretaria de Salud y la E.S.E municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza .

La presente declaración juramentada tiene vigencia durante el plazo de ejecución del contrato aquí relacionado.

**DECLARACION JURAMENTADA PARA ACCEDER A LOS BENEFICIOS DE
RETENCION EN LA FUENTE AÑO 2022**

En mi nombre como aparece al pie de mi firma, certifico bajo la gravedad de juramento que de conformidad con lo establecido en el Decreto 099 de enero 25 de 2013, Artículo 3º. Parágrafo 4º., NO X (SI) Soy declarante del Impuesto sobre la Renta. "Además de lo declarado anteriormente, manifiesto que soy conocedor de la responsabilidad de suministrar los documentos soportes oportunamente a la ESE municipal de Soacha Julio Cesar Peñaloza, tales como: Certificaciones, declaraciones entre otros, y con ello acceder a los beneficios de carácter tributario contemplados en el decreto 1070 de mayo de 2013 y las modificaciones ajustadas según decreto 3032 de diciembre de 2013.

Además, si durante el resto del año fiscal llega a suceder que no pueda seguir cumpliendo todos los requisitos establecidos en el artículo 499 del Estatuto Tributario (Régimen Simplificado), en ese caso yo mismo le(s) daré en ese momento un nuevo aviso por escrito para que desde ese momento en adelante ya no se me aplique el procedimiento de retención de la Ley 1943 de 2018 y en cambio se me apliquen las retenciones tradicionales que apliquen según el tipo de servicio que les pueda seguir cobrando.

CERTIFICACION APORTES PARAFISCALES

SALUD	PENSION	ARL	TOTAL
\$ 125.000	\$ 160.000	\$ 24.400	\$ 309.400

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión y ARL, son ciertos y corresponde a la liquidación mínima sobre la base de los ingresos provenientes del contrato, en cumplimiento del art. 18 de la ley 1122 de 2007 materia del pago sujeto a retención.

Favor Diligenciar con claridad y veracidad la totalidad de los espacios de este formulario.

Firma Contratistas:**Firma:****Nombre:****DIANA PATRICIA TORRES ROMERO****C.C.:****52.754.581 DE BOGOTA**

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON

FROM 1630 TO 1830

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.

THE HISTORY OF THE CITY OF BOSTON, FROM 1630 TO 1830. BY SAMUEL JOHNSON, ESQ. OF NEW-YORK. VOL. I. NEW-YORK: PUBLISHED BY J. JOHNSON, 1792.