| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-077**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | | |
| **NIDIA MILENA ESPINOSA** | | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 52.302.495 | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD 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 CONVENIO 6591670/2024 SED | | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 4877 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **4/09/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 7.670.545 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 7.670.545 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 2.585.577 | |
| **N° DE INFORME:** | 2 | **N° CRP:** | 41363 | **N° CDP:** | 3057 | |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(NUMERO)** | **PRORROGAS** | **(NUMERO)** | |
| **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:** | |
| **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:** | 123 | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | ABC |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | DD/MM/AAAA |

| **ITEM** | **IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | EN EL MES DE OCTUBRE SE REALIZARON TALLERES CON ENFERMEDADES TRASMISIBLES CON LOS SIGUIENTES TEMAS:PARA PREVENIR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS,ENFERMEDADES DIARREICAS,ENFERMEDADES BUCALES |
| 2 | EL 07 DE OCTUBRE SE TUVO CAPACITACIÓN CON LA OFICINA DE CONVIVENCIA ESCOLAR CON LOS SIGUIENTES TEMAS;ACOSO LABORAL Y ARL |
| 3 | PARA EL MES DE OCTUBRE SE DESARROLLARON LINEAS PEDAGOGICAS COMO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE,ELEMENTOS PELIGROSOS EN EL ENTORNO,JUGEMOS AL HOSPITAL,COMPORTAMIENTO PREVENTIVO,PELIGROS EN EL COLEGIO,ALIMENTOS DE CO SUMO DIARIO,PERDIDA Y DESPERDICIO, CANASTA FAMILIAR ,CONSUMO DE ALIMENTOS,PAUSAS ACTIVAS,ACTIVIDAD FISICA,EJERCITACION CON DIFERENTES TIPOS DE ACTIVIDAD,CONSUMO Y GASTO ENERGETICO |
| 4 | EN EL MES DE OCTUBRE SE REALIZAIRON LAS SIGUIENTES TEMATICAS COMO, CEPILLATON, TAMIZAJE, OBESIDAD Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE. |

| | |
|---|---|
| 5 | SE REALIZA APOYO EL DIA 2 DE OCTUBRE DEL 2024 SIMULACRO, DISTRITAL CON LAS TRES SEDES |
| 6 | CANTIDAD DE ACCIDENTES PRIMER RESPONDIENTE CANTIDAD DE CASOS 30 |
| 7 | EN EL MES DE OCTUBRE SE DESARROLLARON 85 ACTIVIDADES DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES |
| 8 | SE REALIZA REPORTE DIARIO DEL EDUSITIO DE 85 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES DE OCTUBRE DONDE SE CARGAN EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS EN EL DRIVE Y PLAN DE TRABAJO |
| 9 | SE ENTREGA INFORME DEL MES DE SEPTIEMBRE EL 4 DE OCTUBRE Y EL 31 DE OCTUBRE DEL 2024 SE ENTREGA INFORME DEL MES DE OCTUBRE |
| 10 | DEL 7 AL 11 DE OCTUBRE SE PARTICIPO EN EL FORTALECIMIENTO DE CAPACITACION EN EL COLEGIO INTEGRADO LA CANDELARIA |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| **No. DE PLANILLA:** | **1067202924** | **OPERADOR:** | **APORTES EN LINEA** |
|---|---|---|---|

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SURA** | **9/10/2024** | **$ 162.500** |
| **PENSIÓN:** | **COLPENSIONES** | **9/10/2024** | **$ 208.000** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **POSITIVA** | **9/10/2024** | **$ 31.700** |
| **OTRO** | **CAJA DE COMPESACION CAFAM** | **9/10/2024** | **$ 7.800** |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 410.000** |

**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

Nidia Milena Espinosa

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NIDIA MILENA ESPINOSA**
**CC:52.302.495 DE BOGOTA**
**CEL:318 2283316**

| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 /10/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | NIDIA MILENA ESPINOSA | **CC:** | 52.302.495 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | nidiamilenae@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3182283316 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 58D SUR #86A 45 | **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 | ( ) |

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 parágr

| | | |
|---|---|---|
| **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:** | **BANCO DE BOGOTÁ** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **143229235** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4877 2024 | **Nº CDP:** | 3057 | **Nº. RP:** | 41363 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **4/09/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **30/11/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:7,670,545** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/10/2024 - 31/10/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$** | | | | | **2.585.577** |
| | **DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE** | | | | | |

Nidia Milena Espinosa

**NIDIA MILENA ESPINOSA**
**CC:52.302495**
**CEL:3182283316**

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | |
|---|---|
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | **NIDIA MILENA ESPINOSA** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **52.302.495** |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO EN AREA DE SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO DE SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2004 SED |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4877 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **4/09/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 7.670.545,00 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 7.670.545,00 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | $ 2.585.577,00 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 2 | **N° CRP INICIAL:** | 41363 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 3057 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1067202924 | | **OPERADOR:** | PAGO SIMPLE | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO 6591670-2024 SED -DIRECCION DE GESTIÓN INTEGRADA DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO<br>DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION ( ) | PRORROGA ( ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ - | **CDP DE LA** | | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | (MESES O DIAS ) |

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE PÓLIZA:** | XX | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | XX | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | DD/MM/AAAA | **ACTO ADMINISTRATIVO DE** | | XX | |

**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.***

| 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 **clausula "Forma de Pago,** **CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/10/2024) AL (31/10/2024)

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**
**LORENZA BECERRA CAMARGO**
**CARGO: DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05**

**NOMBRE Y FIRMA APOYO TÉCNICO DEL SUPERVISOR:**
**NINI JHOHANNA ARREDONDO GIRALDO**
**PERFIL: LIDER CONVENIO SED 6591670-2024**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-10-10, 09:12:05 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067202924

**Periodo Cotización:** septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024

**PAGADO 09/10/2024**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | NIDIA MILENA ESPINOSA | | |
| **Documento** | CC52302495 | **Dirección** | CL 58D SUR #86 A - 45 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4955034 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52302495 | NIDIA MILENA ESPINOSA | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF21) CAFAM | $ 1.300.000 | $ 7.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 410.000 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 7.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 410.000 | $ 0 | $ 410.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.