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: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.532.382		
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 4892 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**	03/09/2024	
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:**	41323	**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** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Adelantar acciones pedagogicas con la comunidad educativa (estudiantes y administrativos) para la prevencion de enfermedades transmisibles durante el mes de Octubre con tema de enfermedades bucales, pediculosis, enfermedades respiratorias agudas, para hacer la mitigacion y prevencion de enfermedades transmisibles.
2	El 7 de Octubre del 2024 se obtuvo capacitación con temas: socialización de acciones de OCE, se hablo sobre convivencia escolar,y resolución de conflictos escolares, ostigamiento escolar, acoso laboral, persecucion laboral, discriminacion laboral.
3	Se adelantan acciones pedagógicas para la promoción de estilos de vida saludable con temas de: elementos peligrosos en el entorno, interculturalidad, consumo de agua y bebidas bajas en calorias, consumo responsable de alimentos, descubramos espacios seguros en la via y cuidar la postura corporal.
4	Apoyar las campañas de cepillaton durante la jornada escolar con un total de 295 estudiantes de la sede B y el 16 de octubre se realiza campaña del dia mundial de la alimentaciòn.

5	Participacion en el comité de tienda escolar.
6	El 2 de octubre se realiza acompañamiento al simulacro distrital durante la jornada con 108 participantes, se da apoyoa la coordinadora para el registro de la sede D al link del IDIGER, se realizo divulgaciòn de la guia de accidentalidad escolar actualizada.
7	Se actua como poyo de primer respondiente atendiendo 7 casos.
8	Durante el mes de octubre se realizar el reporte de 5 actividades diarias, en el PDT, evidencias ftograficas, reporte en el edusitio de 85 actividades y planillas de firmas, de estilos de vida saludable y prevencion de enfermedades transmisibles
9	Hacer uso diario del edusitio reportando 85 actividades realizadas, en el drive con evidencias fotograficas y plan de trabajo.
10	Se realiza entrega del informe mensual de las actividades desarrolladas en el mes de Octubre, el 4 de Ostubre se entrega el informe del mes de Septiembre.
11	Del 7 al 11 de octubre se participo en el fortalecimiento de capacidades en el colegio Integrada la Candelaria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1067241499**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**FAMISANAR**	**10/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	**10/10/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**POSITIVA**	**10/10/2024**	**$ 31.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 402.200**

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 período correspondiente

Claudia V. Rosas B

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA
CC: 52.532.382
CEL:3107907701

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: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31 /10/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA	CC:	52.532.382
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	kandirosas79@gmail.com	TELÉFONO:	3107907701
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 97 Bis Sur # 2 - 23	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

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:	004870252683

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4892 2024	Nº CDP:	3057	Nº. CRP:	41323	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/09/2024	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					

CLAUDIA V. ROSAS B

NONBRE:CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA
CC 52.532.382 DE BOGOTÀ
CEL: 3107907701

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: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.532.382**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4892 2024**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**3/09/2024**
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 de 1)	**N° CRP INICIAL:**	41323	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3057
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUENE (29) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067241499	**OPERADOR:**	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DITECCION INTEGRAL DE GESTION DEL REISGO EN SALUD CONVENIO 6591670-2024 SED		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		

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)

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: **NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO** **PERFIL:** **LIDER CONVENIO 6591670/2024**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 04:14:36 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067241499

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8823585685

PAGADO 10/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA		
Documento	CC52532382	**Dirección**	CL 97BIS SUR #2 - 23
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107907701
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 52532382	CLAUDIA VIRGINIA ROSAS BARRERA	59	00	X																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.