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 ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.718.075					
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 4917 2024		FECHA INICIO CONTRATO	3/09/2024		
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:	41341	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:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:		

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	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades sobre enfermedades transmisibles caries, gingivitis gastroenteritis para prevenir enfermedades.
2	El dia 7 de octubre se realizo capacitacitaciòn con la oficina de convivencia escolar tratando temas ruta de accidentalidad , tipos de violencia escolar , protocolos de rutas de activaciòn
3	Para el mes de octubre se desarrollaron actividades de estilos de vida saludable: como grupos de alimentos, preparacion y coonsumo de aliimentos saludables, controlo lo que veo, exploro las posibilidades de mi cuerpo, frecuencia cardiaca y respiratoria durante la actividad fisica.
4	Para el 1 de octubre se realizo campaña cepillatòn y se apoya la campaña de alimentacion saludable del dia 16 de Octubre.
5	Apoyo al simulacro distrital de emergencias el dia 2 de octubre y diligenciamiento a link idiger.
6	En el mes de octubre se realiza apoyo a casos de primer respondiente a 16 estudiantes .
7	Durante el mes de octubre se desarrollaron 85 actividades de estilos de vida saludable y prevencion enfermedades trasmisibles.
8	Se realiza reporte diario en el edusitio 85 actividades desarrolladas , se carga en el drive evidencias fotograficas y el plan de trabajo mensual
9	Se elabora informe de actividades realizadas en el mes de octubre y se presenta a la institucion eduucativa.El 4 de octubre se realiza entrega de informe final del mes de septiembre del 2024.
10	Del 7 al 11 de octubre del 2024 se realizo fortalecimiento de capacidades en el colegio integrada la candelaria.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1067193745	OPERADOR:	PAGO SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	8/10/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PROTECCION	8/10/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	8/10/2024	$ 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 periodo correspondiente

Anyela yulieth Guerrero M.
ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1033718075 DE BOGOTA
CEL: 3102411941

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:	**ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO**	**CC:**	**1.033.718.075**
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANYELAYULIETHGUERREROMONTENEGR@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	**3102411941**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 43 B SUR 68 G - 36**	**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**	**N° CUENTA:**	**0570004700040122**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	**PS 4917 2024**	**N° CDP:**	**3057**	**N° CRP:**	**41341**	**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 (LETRAS Y NUMEROS)	**$ 2.585.577**					
	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					

Anyela Yulieth Guerrero M.

ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO
CC 1033718075 DE BOGOTÁ
CEL 3102411941

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	ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.718.075

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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 4917 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:	41341	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3057
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS					
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067193745		OPERADOR:	PAGO SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670 2024 -SED -DIRECCION INTEGRAL DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
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				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

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

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		

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 (1/10/2024) 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 TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO PERFIL: LIDER CONVENIO SED 6591670/2024

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-09, 03:06:51 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1067193745

Periodo Cotización: septiembre de 2024 Periodo Servicio: septiembre de 2024 Referencia pago 8823543211

PAGADA 08/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO		
Documento	CC1033718075	Dirección	CRA 18L BIS 64A 40 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102411941
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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 1033718075	ANYELA YULIETH GUERRERO MONTENEGRO	59	0	X																0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$1.300.000	$208.000	(EPS008) COMPENSAR 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)	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 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!