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						
MARIA ANGELICA NOVOA CULMA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			28.652.618			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 2786 2024	FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.452.192	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN MES (1) Y VEINTICHO DIAS (28)			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.962.044	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.602.720			
N° DE INFORME:	10	N° CRP:	14027	N° CDP:	317	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES;10 DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		3BL HOSPITAL SAN BLAS				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	6	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES	6	PRORROGAS	5	
VALOR ADICIONADO	$ 2.782.620	CDP DE LA ADICIÓN:	1030	CRP DE LA ADICIÓN:	22257	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 2.102.424	CDP DE LA ADICIÓN:	1270	CRP DE LA ADICIÓN:	25196	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 1.298.556	CDP DE LA ADICIÓN:	1619	CRP DE LA ADICIÓN:	29216	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)
VALOR ADICIONADO	$ 1.978.752	CDP DE LA ADICIÓN:	2200	CRP DE LA ADICIÓN:	32484	TIEMPO PRORROGADO:	UN MES (1)
VALOR ADICIONADO	$ 7.729.500	CDP DE LA ADICIÓN:	2598	CRP DE LA ADICIÓN:	36604	TIEMPO PRORROGADO:	TRES MESES (3)
VALOR ADICIONADO	$ 618.000	CDP DE LA ADICIÓN:	2783	CRP DE LA ADICIÓN:	39858	TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Bitacora de entregas la movil asignada
2	Bitacora de traslados de la movil asignada
3	Realice mis actividades contractuales, en TRASLADOS SECUNDARIOS CON 144 HORAS
4	Bitacora de traslados de la movil asignada
5	Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial
6	Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial
7	Bitacora de traslados de la movil asignada
8	Bitacora de entregas la movil asignada
9	Historia clinica registrada en el aplicativo Dinamica Gerencial
10	Bitacora de traslados de la movil asignada

11	Bitacora de entregas la movil asignada
12	Bitacora de entregas la movil asignada
13	Actas de capacitacion del mes cobrado
14	Bitacora de entregas la movil asignada / Bitacora de traslados de la movil asignada
15	Bitacora de traslados de la movil asignada
16	Bitacora de traslados de la movil asignada
17	Bitacora de entregas la movil asignada
18	Ningun llamado de atencion por presentacion personal
19	Bitacora de traslados de la movil asignada
20	Bitacora de traslados de la movil asignada
21	Historia clinica en el aplicativo Dinamica Gerencial
22	Bitacora de traslados de la movil asignada
23	Bitacora de entregas la movil asignada
24	Bitacora de traslados de la movil asignada
25	Bitacora de traslados de la movil asignada
26	Planilla de pago de aportes socialos
27	Actas de reuniones

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**1066494799**	**OPERADOR:**	**SIMPLE**

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**COMPENSAR**	**11/10/2024**	**$ 162.500**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	**11/10/2024**	**$ 208.000**
RIESGOS LABORALES:	**N/A**		**$ 0**
OTRO	**COMPENSAR**		**$ 26.000**
TOTAL PAGADO			**$ 396.500**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Angelica Novoa

MARIA ANGELICA NOVOA CULMA

C.C. 28.652.618

CEL: 3217749602

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			**MARIA ANGELICA NOVOA CULMA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			**28.652.618**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA II (AMBULANCIA) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 2786 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**21/01/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.452.192**				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 20.962.044**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.602.720**	
N° PAGO / N° DE INFORME:	**10**	**N° CRP INICIAL:**	**14027**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**317**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	**9 MESES;10 DIAS**				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	**1066494799**		**OPERADOR:**	**SIMPLE**	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	**DIRECCION TECNICA DE URGENCIAS**				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	**3BL HOSPITAL SAN BLAS**				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	**5**	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				**ADICION 6**	**PRORROGA 5**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.782.620**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1030**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**22257**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 2.102.424**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1270**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**25196**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.298.556**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**1619**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**29216**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1) Y NUEVE DIAS (9)**
VALOR ADICIONADO	**$ 1.978.752**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2200**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**32484**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**UN MES (1)**
VALOR ADICIONADO	**$ 7.729.500**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2598**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**36604**	**TIEMPO PRORROGADO:**	**TRES MESES (3)**
VALOR ADICIONADO	**$ 618.000**	**CDP DE LA ADICIÓN:**	**2783**	**RP DE LA ADICIÓN:**	**39858**	**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	**N/A**	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	**N/A**
FECHA DE LA PÓLIZA	**N/A**	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	**N/A**

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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:** **FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO** **CARGO:** **DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **JOHON JAIRO RODRIGUEZ APONTE** **PERFIL:** **PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

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:	**MARIA ANGELICA NOVOA CULMA**	**C.C.**	**28.652.618**
		RUT(NIT):	**14942164005**
CORREO ELECTRÓNICO:	dasaelnovoa2010@hotmail.com	**TELÉFONO:**	**3217749602**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CARRERA 20F N° 63 - 38 SUR**	**CIUDAD:**	**BOGOTÁ D.C.**

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	**0**

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 parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen 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 0**	**NO X**

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**OTRO**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRA EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0552000200219172**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ULTIMA ADICION (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 2786 2024**	**N° CDP:**	**2783**	**N°. RP:**	**39858**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS :** **9 MESES;10 DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/10/2024**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** **$ 20.962.044**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 01/10/2024 AL 31/10/2024**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**UN MILLÓN SEISCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS**					
	$ 1.602.720					

Angelica Novoa

MARIA ANGELICA NOVOA CULMA
C.C. 28.652.618
CEL: 3217749602

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 09:54:33 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1006494799

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8865365470

PAGADO 11/10/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ANGELICA NOVOA CULMA		
Documento	CC28652618	**Dirección**	CR 20F #63 - 38 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3217749602
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	AVP	VCT	IRP	Cod ARP	Días ARP	Cod 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 Mineducación	Total
CC 28652618	MARIA ANGELICA NOVOA CULMA	03	00															0	30	0	30	(25 14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	0.000	$ 0	$ 0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500

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	$ 0	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 0	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 396.500	$ 2.200	$ 398.700

Lineas de Servicio FoneSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6435000 - 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 esta en nuestras manos.