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**	**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					
WENDY NATALY BOSSA AGUILERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.022.995.909		
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 4884 2024		**FECHA INICIO CONTRATO**		4/09/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRAT	**$** 7.670.545	**PLAZO INICIAL DEL**	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 7.670.545		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.499.391**
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	41370	**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				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES 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:	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**
1	En el mes de octubre, se da cumplimiento al desarrollo de acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades transmisibles con temas de prevención de Enfermedad respiratoria aguda (ERA), dando detalle a la prevención de influenza, también se realizan charlas de sensibilización sobre Virus de papiloma humano y por que es importante la vacunación contra VPH, tanto para niñas y niños.
2	El dia 07 de octubre se participa en la reunión de capacitación con el equipo de OCE de SED.
3	Se da cumplimiento al desarrollo de acciones pedagogicas para promocion de estilos de vida saludables con temas de secuencias didacticas en el marco de alimentación saludable, movilidad segura, actividad fisica, prevencion de accidentes e interculturalidad para el mes de octubre.
4	Para el mes de octubre en la IED Tecnico san cristobal sur, en sede A, participamos el 01 de octubre en la jornada de Cepillaton, también apoye al equipo del Plan ampliado de inmunización (PAI) en jornada de vacunación en sede A y el dia 16 de octubre se realizan acciones en el marco de la campaña de alimentación
5	Para el mes de octubre se participa en espacios de Comité de riesgo convocados por la IED.
6	El 2 de octubre del presente año, se participa en el Simulacro distrital de evacuación llevado a cabo por la IED, también se socializa con docentes la actual ruta de accidentalidad y se les comparte las actualizaciones del seguro escolar y los beneficios de poliza escolar y ARL, para los estudiantes de media.
7	Se brinda apoyo en la atencion de 5 casos de primer respondiente para el mes de octubre.
8	Se da umplimiento de 85 actividades para el mes de octubre .
9	Se realiza reporte diario en los links del Edusitio, también diariamente se reportan actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio.
10	Se realiza el radicado del informe de septiembre el dia 04 de octubre y se entrega el informe de las actividades cuantitativas y cualitativas de octubre en la institucion educativa, el dia 31 de octubre.
11	Del 07 al 11 de octubre, se participa en semana de fortalecimiento de capacidades en la IED Integrada en la localidad de CANDELARIA, situada en el centro de Bogotá.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9473871565**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**COMPENSAR**	**11/10/2024**	**$**	**163.500**
PENSIÓN:	**COLFONDOS**	**11/10/2024**	**$**	**209.200**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	**11/10/2024**	**$**	**31.900**
OTRO				
TOTAL PAGADO			**$ 404.600**	

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

WENDY NATALY BOSSA AGUILERA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC:1022995909 de Bogotá.
CEL:3228947956

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:	Wendy Nataly Bossa Aguilera	**CC:**	1.022.995.909
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	wnatalyba05@gmail.com	**TELÉFONO:**	3228947956
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 11 b # 17-51 Sur	**CIUDAD:**	Bogotá

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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	24077287168

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 4884 2024	**Nº CDP:**	3057	**Nº. CRP:**	41370	**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 DE CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $7.670.545**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/10/2024 - 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$** 2.499.391 **DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE**					

NOMBRE: WENDY NATALY BOSSA AGUILERA
CC: 1022995909 de Bogotá.
CEL: 3228947956

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	**Wendy Nataly Bossa Aguilera**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.022.995.909**				
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 4884 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**4/09/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 7.670.545				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7.670.545		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.499.391
N° PAGO / N° DE INFORME:	(2 de 2)	**N° CRP INICIAL:**	41370	**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:	(N° 9473871565)		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONEVIO 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				

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)
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	DD/MM/AAAA	**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 (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 SED 6591670/2024**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022995909		BOSSA AGUILERA WENDY NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 11b # 17 51 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4027923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	974193510	9473871565	I	2024/10/03	2024/10/11	BANCO CAJA SOCIAL	8	$404,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$1,200	$0	$209,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$1,000	$0	$163,500
TOTAL				1	$402,200	$2,400	$0	$404,600

ÁREA DE APROBACIÓN

La fase del proceso fue aprobada.

Flujos de aprobación 1

MOSTRAR DETALLES

Flujos de aprobación 2

MOSTRAR DETALLES

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Documento del contrato cargado

Volver | Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pag

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Balance de pagos y Balance de entregas

		% del valor del contrato	% del valor amortizado
Valor total contrato:	7.670.545,00 COP	-	-
Valor anticipo:	0,00 COP	0%	-
r de las entregas	0,00 COP	0%	-
Valor facturado:	0,00 COP	0%	-
ndiente de pago:	0,00 COP	0%	-
Valor pagado:	0,00 COP	0%	-
ado del anticipo:	0,00 COP	0%	0%
nte de amortizar:	0,00 COP	0%	0%
nte de ejecución:	7.670.545,00 COP	100%	-
iente de entrega:	7.670.545,00 COP	100%	-

Documento del contrato cargado

ejecución del contrato

ón	Nombre del archivo	Cargado por		
:024 CUENTA DE COBRO 3RE 2024.pdf	PS 4884 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
:024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE	PS 4884 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >