| | | |
|---|---|---|
| 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-1A-FT-977**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS** | | | | | |
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 52.504.729 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO 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 4889 2024 | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | 3/9/2024 |
| **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 |
| **Nº DE INFORME:** | 2 | **Nº CRP:** | 41320 | **Nº 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**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | N/A | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | **(NUMERO)** | **PRORROGAS** | **(NUMERO)** |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **Nº DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | N/A |
| **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 | Para el mes de octubre e da cumplimiento al desarrollo de Acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades transmisibles como: Afecciones respiratorias. afecciones abdominales, higiene oral y pediculosis. Con el fin de mitigar propagacion de estas mismas. |
| 2 | El dia lunes 7 de octubre se asiste a la capacitación brndada por el equipo OCE, los temas desarrollados fueron: la orientacion a los diferentes protocofos de violencia y la convivencia escolar. |
| 3 | Para el mes de octubre se realizaron diferentes actividades de estilo de vida saludable como: Mis movimientos seguros en el colegio, Soy consciente de los movimientos de mi cuerpo, Estudiantes con características preventivas de accidentes escolares,Ruta de accidentes en el colegio, Prácticas seguras en las actvidades deportivas, Preparación y consumo de alimentos saludables, Manejo de desperdicios y residuos en casa, Consumo de agua y bebidas bajas en calorias, Consumo responsable de alimentos, Controlo lo que veo, Me movilizo en tipos de vias, Comportamientos y riesgos en la via, Descubrimos espacios seguros, Me protejo en moto, Exploro las posibilidades de mi cuerpo, Vamos a jugar, Frecuencia cardiaca y respiratoria durante la actividad fisica, Cuidar la postura corporal, Bienestar y salud y El cuerpo humano una máquina fascinante. Interculturalidad. |
| 4 | Para el 01 de octubre se participa en la campaña de cepillaton con el fin de mitigar las enfermedades a nivel de salud oral y el 16 de octubre se participa el la campaña de alimentacion saludable con el fin de promover los buenos habitos alimenticios en la comunidad educativa. |
| 5 | El 2 de octbre se participo en la jornada de Simulacro Distrital con el fin de fortalecer en la comunidad educativa la identificación de los puntos de encuentro del colrgio, salidas de emergencia, acticacion de brigada de primeros auxilios, tambien se apoyo con el diligenciamiento del link requerido por la institución, |
| 6 | Para el mes de octubre se brinda apoyo como primer respondiente con 50 casos atendidos. |
| 7 | Para el mes de octubre se da cumplimiento de 85 actividades realizadas. |

| | |
|---|---|
| 8 | Para el mes de octubre se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada jornada, tanto en planilla de firmas, Drive con la respectiva información , registro fotografico y diligenciamiento al edusitio del convenio y enlace de SED según lo programado en el plan de trabajo. |
| 9 | Se hace entrega en la institucion educativa ( Rectora) informe de las actividades cuantitativa y cualitativas del mes de septiembre que se entrega el dia 03 de octubre y a su vez se realiza la elaboración del informe del mes de octubre. |
| 10 | Se asiste y se participa en la semana de Fortalecimiento de Capcidades en el Colegio Integrada La Candelaria. Desde el lunes 7 al viernes 11 de octubre del 2024 |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 1066671510 | OPERADOR: | PAGOSIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 8/10/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 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 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)

*Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente*

CARMEN CASTELLANOS

**CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:**
**CC:52504729 de BOGOTÁ**
**CEL:3057709384**

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS | **CC:** | 52.504.729 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | CARMENEUG78@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3057709384 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CALLE 39 SUR # 83 A 32 | **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:** | 457670016098 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | PS 4889 2024 | **Nº CDP:** | 3057 | **Nº. RP:** | 41320 | **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 INCLUÍDO 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** | | | | | |

CARMEN CASTELLANOS

**NOMBRE: CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS**
**CC: 52504729 DE BOGOTÁ**
**CEL: 3057709384**

| | | |
|---|---|---|
| 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** | **CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS** |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **52504729** |

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

| | |
|---|---|
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | **PS 4889 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 2) | **N° CRP INICIAL:** | 41320 | **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:** | 1066671510 | **OPERADOR:** | PAGOSIMPLE |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN INTEGRAL DE GESTIÓN 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**

**III. POLIZAS (SI APLICA)**

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

**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:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO:DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO**<br>**PERFIL:LIDER CONVENIO SED 6591670/2024** |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-10-08, 09:45:58 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1066671510

**Periodo Cotización:** septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810343886

**PAGADO 08/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS | | |
| **Documento** | CC52504729 | **Dirección** | CL 39 SUR #83 A - 32 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2936074 |
| **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 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 ARL | 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 52504729 | CARMEN EUGENIA CASTELLANOS CASTELLANOS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (05-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NN-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 4466634 - 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. Protegar el medio ambiente está en nuestras manos.

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 4889 2024 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| :024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE | PS 4889 2024 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Evaluar proveedor | Imprimir | Modificar | < | >