| | 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-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |
|---|---|---|

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 1.013.585.526 | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR | | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5245 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 24/10/2024 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.280.499 | PLAZO INICIAL DEL CONTRATO | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.280.499 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.460.374 | | |
| Nº DE INFORME: | 2 | Nº CRP: | 44766 | Nº CDP: | 3662 | |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | | |

| II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | N/A | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIONES | (NUMERO) | PRORROGAS | (NUMERO) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA ADICIÓN: | | CRP DE LA ADICIÓN: | | TIEMPO PRORROGADO: |

| III. POLIZAS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X |
| Nº DE POLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | |
| FECHA DE LA POLIZA | | FECHA DE APROBACIÓN: | | |

| 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 especificas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | RECONOCIMIENTO DEL TERRITORIO ASIGNADO POR PARTE DEL COMPONENTE GEOGRAFICO |
| 2 | ELABORACIÓN DEL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL MES DE NOVIEMBRE Y ACTUALIZACIÓN |
| 3 | REALIZAR ACTIVIDADES PROPIAS DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES |
| 4 | ASISTENCIA PRESENCIAL AL CURSO DE SALVAVIDAS DE PRIMER RESPONDIENTE SDS |
| 5 | REALIZAR IDENTIFICACION DEL RIESGOS EN CADA UNA DE LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO DE BELLAVISTA SUR ORIENTAL DE LA LOCALIDAD 4 DE SANCRISTOBAL |
| 6 | DIGITALIZACION DEL APLICATIVO DE SDS DE CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DENTRO DEL CONTEXTO DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES |

| | |
|---|---|
| 7 | CARACTERIZAR Y ACTUALIZAR LAS FAMILIAS Y IDENTIFICAR NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS GESTANTES CRÓNICOS NIÑOS CON DESNUTRICIÓN |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |

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

| No. DE PLANILLA: | 1067133095 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 07/11/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 07/11/2024 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 07/11/2024 | $ 31.700 |
| OTRO | N/A | N/A | $ - |
| 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



**FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 1.013.585.526**
**CEL: 3115669618**

| | | |
|---|---|---|
| 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: 30/11/2024 | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS: | FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ | CC: | 1.013.585.526 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | PACHAFS@GMAIL.COM | TELÉFONO: | 3115669618 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | DG 48 J SUR 1 96 IN 7 CS 18 | 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 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.

| | | |
|---|---|---|
| **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: | BANCOLOMBIA | | | | |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 662-728861-57 |

| NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5245 2024 | Nº CDP: | 3662 | Nº. RP: | 44766 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:<br>UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 24/10/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO | | 30/11/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :<br>$ 3.280.499 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/11/2024 AL 30/11/2024 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS) | $ 2.460.374 | | | | | |
| | DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE | | | | | |

NOMBRE: FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ
CC 1.013.585.526
CEL 3115669618

| | | |
|---|---|---|
| | 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 | FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ | | | | |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 1.013.585.526 | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR | | | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5245 2024 | FECHA INICIO CONTRATO | 24/10/2024 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 3.280.499 | | | | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 3.280.499 | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 2.460.374 | | |
| Nº PAGO / Nº DE INFORME: | 2 | Nº CRP INICIAL | 44766 | Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO | 3662 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | | | |
| Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: | 1067133095 | OPERADOR: | SIMPLE | | |
| PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES: | CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | |
| Nº DE MODIFICACIÓN: | Nº ( ) | TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA): | | ADICION ( ) | PRORROGA ( ) |
| VALOR ADICIONADO | $ - | CDP DE LA | | RP DE LA | TIEMPO (MESES O DIAS ) |
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| ¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? | SI | | NO | X | |
| Nº DE POLIZA: | | NOMBRE DE LA ASEGURADORA: | | | |
| FECHA DE LA POLIZA | | 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 **01/11/2024 AL 30/11/2024**

| | |
|---|---|
| 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** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**SANTIAGO SERRANO ROJAS**<br>**PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-11-08, 04:13:39 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1067133095

**Periodo Cotización:** octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8648454830

**PAGADO 07/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ | | |
| **Documento** | CC1013585526 | **Dirección** | DG 48J SUR #1 - 96 INT 7 C ASA 18 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3115669618 |
| **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 ARP | Días EPS | Días AFP | 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 1013585526 | FRANCY KATHERINE FONTECHA SANCHEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS017) SANITAS EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (NN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 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 3616850 - 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.




# ¡Hola, Francy Katherine Fontecha sanchez!

**Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1036423029
Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
Descripción: Pago PSE. Ref:8848454830-202410-31603.
idTrans:31603
Valor de la Transacción: $ 402.200
Fecha de Transacción: 07/11/2024