| | | |
|---|---|---|
| | 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 | | | | | | |
| DINA LUZ OROSTEGUI | | | | | | |
| NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | 52.295.068 | | | | | |
| 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 5310 2024 | | FECHA INICIO CONTRATO | 23/10/2024 | | |
| 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: | 44627 | Nº CDP: | 3662 | |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | | | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ¿PACTÓ 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 | "1. OBLIGACION: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplimiento de actividades del programa de abordaje territorial, realizando cumplimiento a loneamientos establecidos por FDS y la Subred.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Realizar caracterizacion segun lineamientos." |
| 2 | "1. OBLIGACION: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar, adicionalmente con la finalización del mes se debe entregar un informe de las actividades desarrolladas para la ejecución de sus actividades.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Presentar mensualmente cronograma de actividades ejecutadas y proyectadas.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Reporte magnetico de cronograma." |
| 3 | "1. OBLIGACION: Apoyar la prestación de servicios en el del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Dar cumplimiento a los soportes requeridos segun los lineamientos.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Presentar soporte de las actividades realizadas." |
| 4 | "1. OBLIGACION: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades objetos del contrato segun establecido por los lideres de entorno.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de soporte de las actividades realizadas." |
| 5 | "1. OBLIGACION: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar apropiacion de lineamientos enviados por FDS.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de actas." |
| 6 | "1. OBLIGACION: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del convenio Mas bienestar equipos basicos extramurales conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos procesos transversales.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Asistir a reuniones tecnicas segun lo establezca el entorno hogar.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Presentar soporte de asistencias, como actas y firma de asistencia." |
| 7 | "1. OBLIGACION: Realizar la revisión, alistamiento y entrega con calidad de cada uno de los formatos, documentos, bases o informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas en cumplimiento a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Mas bienestar equipos básicos extramurales vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar el adecuado diligenciamiento de los formatos requeridos y cuentas del producto.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Entrega de formatos y anexos requeridos." |

| | |
|---|---|
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |
| 11 | |
| 12 | |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |

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

| No. DE PLANILLA: | 74410734 | OPERADOR: | ENLACE |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | SANITAS | 14/11/2024 | $ 162.500 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 14/11/2024 | $ 208.000 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 14/11/2024 | $ 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 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

Dina Luz Orostegui

DINA LUZ OROSTEGUI
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.295.068
CEL: 3123838251

| | | |
|---|---|---|
| | 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: | DINA LUZ OROSTEGUI | CC: | 52.295.068 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | dinaorostegui@hotmail.com | TELÉFONO: | 3123838251 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 14 ESTE 42C 24 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 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: | CAJA SOCIAL | | | | |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | N° CUENTA: | 24084556730 |

| NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5310 2024 | N° CDP: | 3662 | N°. RP: | 44627 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 23/10/2024 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30/11/2024 | | VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 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 | | | | | |

Dina luz orostegui

NOMBRE: DINA LUZ OROSTEGUI
CC 52.295.068
CEL 3123838251

| | 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 | DINA LUZ OROSTEGUI |
| NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | 52.295.068 |

**I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5310 2024 | | | FECHA INICIO CONTRATO | 23/10/2024 |
| 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: | 44627 | 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: | 74410734 | | OPERADOR: | ENLACE | |
| 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 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 **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**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**SANTIAGO SERRANO ROJAS**<br>**PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

enlace operativo

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-11-14, 04:51:02 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74410734

**Periodo Cotización:** octubre de 2024 **Periodo Servicio:** octubre de 2024

## PAGADO 14/11/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DINA LUZ OROSTEGUI | | |
| **Documento** | CC52295068 | **Dirección** | CR 14 ESTE #42 C - 24 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 1 |
| **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 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 Mineducación | Total |
| CC 52295068 | DINA LUZ OROSTEGUI | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 1.300.000 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 |

### 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 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 31.700 | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 428.200 | $ 0 | $ 428.200 |



Enlace Operativo, Linea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellin: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

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

EXPERTOS en PILA

# Confirmación Transacción PSE – CUS 1049943749

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Jue 14/11/2024 03:38 PM
Para: monchi-r-123@hotmail.com <monchi-r-123@hotmail.com>




## ¡Hola, Jose Antonio Preciado Orostegui

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

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1049943749
Empresa: ENLACE OPERATIVO S.A.
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 428.200
Fecha de Transacción: 14/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.