		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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					
LUZ MARINA GUALTERO LOZANO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.077.048		
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 5323 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.280.499		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.280.499		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		\$ 2.460.374	
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	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIONES	
CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		PRORROGAS	
TIEMPO PRORROGA DO:		(NUMERO)		(NUMERO)	
III. POLIZAS					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
ITEM					
1		SE REALIZA IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD EN LA POBLACION DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL UPZ 032 SAN BLAS LOS BARRIOS BUENOS AIRES Y SAN JOSE OBRERO SEGÚN LOS ASIGNADO MEDIANTE CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO SEGÚN LO INDICA LA GUÍA OPERATIVA.			
2		ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE NOVIEMBRE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MES.			
3		SE DILIGENCIAN LOS FORMATOS (PLANILLAS) CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE EN LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL UPZ 032 BARRIOS BUENOS AIRES Y SAN JOSE OBRERO.			
4		ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES DE NOVIEMBRE DEL 2024 POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO. EL DÍA 01/11/2024 REUNION EQUIPO Y ENTREGA DE INSUMOS BIOMEDICOS, EL DÍA 08/11/2024 CLARIDADES DE LA LÍNEA TÉCNICA PARA EL ABORDAJE DE LA POBLACION, PARA EL DÍA 12/11/2024 CAPACITACION CURSO DEL PRIMER RESPONDIENTE			
5		LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO			
6		INGRESO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA DE LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE NOVIEMBRE DEL 2024			

7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

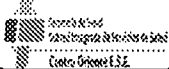
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
Nº DE PLANILLA	1067386379	OPERADOR	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD	SANITAS	13/11/2024	\$	162.500
PENSIÓN	PROTECCION	13/11/2024	\$	208.000
RIESGOS LABORALES	SURA	13/11/2024	\$	31.700
OTRO	N/A	N/A	\$	-
TOTAL PAGADO				\$ 402.200

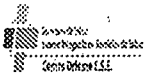
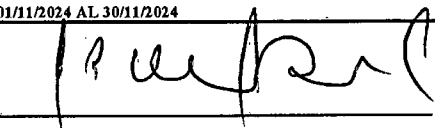
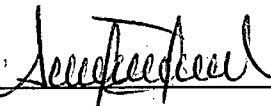
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.	
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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)	
Adjuntar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente	

LUZ MARINA GUALTERO

LUZ MARINA GUALTERO LOZANO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 53.077.048
CEL: 3144397311

		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 GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/11/2024					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARINA GUALTERO LOZANO		CC:	53.077.048	
CORREO ELECTRÓNICO:	luzbonita81@hotmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 19A 82 65		TELÉFONO:	3144397311	
			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:	DAVIENIDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					0550488428362930
NUMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5323 2024	N° CDP:	3662	N° RP:	44636
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO		30/11/2024	
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				
Lu Marina Gualtero Lozano NOMBRE: LUZ MARINA GUALTERO LOZANO CC 53.077.048 CEL 3144397311					

		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			LUZ MARINA GUALTERO LOZANO		
NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.077.048		
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 5323 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 PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 2.460.374	
N° PAGO / N° DE INFORME:		2		N° CRP INICIAL:	
				44636	
N° CDP INICIAL DEL CONTRATO		3662			
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1067386379		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					
N° DE MODIFICACION:		N° ()		TIPO DE MODIFICACION (ADICION - PRORROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICION ()	
				PRORROGA ()	
				TIEMPO	
				(MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
				X	
N° 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 cláusula "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: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: SANTIAGO SERRANO ROJAS PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			

Fecha creación reporte: 2024-11-14, 04:09:35 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1067386379

Periodo Cotización: octubre de 2024

Periodo Servicio: octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8810823042

PAGADO 13/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MARINA GUALTERO LOZANO		
Documento	CC53077048	Dirección	CAR 67 A N 4 D 54
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3144397311
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

[illegible]

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, Salidas 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

DAVIplata

COMPRA POR PSE

DaviPlata *****7311



Transacción exitosa

 Fecha y hora: 13-11-2024 05:43 pm

Valor
\$ 402.200

Número de autorización
324565

SE PUEDE CONSULTAR LA
DE LA OPERACIÓN

VIGILADO

Banco Daviplata