	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION 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						
SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.056.701			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024		FECHA INICIO CONTRATO		30/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.531.146		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.531.146			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.998.070
Nº DE INFORME:	2		Nº CRP:	44961	Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACITVIDADES:			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 (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL 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.
2	ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE NOVIEMBRE ACTUALIZADO SEGUN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAS
3	CARACTERIZACION EN CAMPO
4	ACTIVIDADES DESARROLLADAS: DESARROLLAR ACCIONES DE MANERA EFECTIVA Y CON CALIDAD PARA APUNTAR AL MEJORAMIENTO, TENIENDO EN MENTE LAS CONSIGNAS QUE DAN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BÁSICO EXTRAMURAL HOGAR
5	SE ESTABLECE UNA META DE 82 CARACTERIZACIONES TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 6 AÑOS Y GESTANTES, EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1068041845	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	13/11/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	AXA COLPATRIA	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 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

SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.056.701
CEL: 3118108552

	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: 30/11/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ	CC:	52.056.701
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	SANDRAJCASTELLANOS@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3118108552
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 32 90 INT 14 APTO 401	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:	427083984

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5426 2024	Nº CDP:	3662	Nº. RP:	.44961	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/11/2024		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 4.531.146
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$					3.998.070
	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL SETENTA PESOS M/CTE					

NOMBRE: SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
CC 52.056.701
CEL 3118108552

	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	**SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ**				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**52.056.701**				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5426 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**30/10/2024**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**				4.531.146
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 4.531.146		**VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:**	**$**	3.998.070
N° PAGO / N° DE INFORME:	**2**	**N° CRP INICIAL:** **44961**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**3662**	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DIEZ (4) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1068041845		**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 MODIFICACIÓN:	N° ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):**		ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA**	**RP DE LA**	**TIEMPO**	(MESES O DIAS)
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**			

IV. VERIFICACIÓN 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 **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** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-20, 11:58:31 A. M. Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068041845

Periodo Cotización: octubre de 2024 Periodo Servicio: octubre de 2024 Referencia pago 8822622535

PAGADA 13/11/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ		
Documento	CC52056701	Dirección	CL 25 #32 A - 90 INT 14 APTO 401
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6019312050
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 Ministerio	Total
CC 52056701	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ	59	0																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1.300.000	$208.000	(EPS010) EPS SURA	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(197-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)	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	$2.400	$404.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

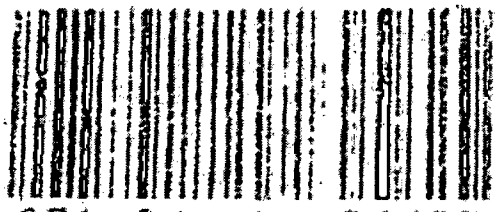
Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

D U C J M C H I O S O P O R T E

NOMBRE [illegible] SIMPLE RECAUDO
NIT [illegible]
CODIGO [illegible]
REFERENCIA [illegible]
PLANILLA [illegible]
PERIODO [illegible]
REFERENCIA 2 [illegible]

Codigo	Descripcion	Cant	Valor
593927	RECAUDO P_A	1	583600
			583600

DOCUMENTO



[illegible]

OCT 24, 23 08.47

[illegible] 2023 08.48 2300 31 0006 4.648518
(COPIA CLIENTE)

NUMERO DE BOLSAS: [illegible]
[illegible] 08:48 2300 31 0006 4.648518
(TRANSACCION
[illegible] QUE TE MERECES

Simple

Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de información	900097333-9
Razón Social del Operador de información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-13, 01:13:50 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	SANDRA YANETH CASTELLANOS SUAREZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 52056701
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8822622535 / 1068041845
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 404.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 1.200
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 162.500	$ 1.000
N860002183	14-4	AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A	1	$ 31.700	$ 200
			SubTotales:	$ 402.200	$ 2.400
			Total a Pagar:		$ 404.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - 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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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