

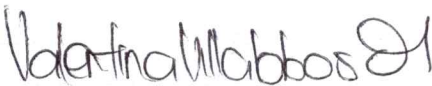
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)

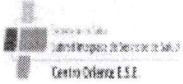
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunión de socialización de meta del mes de Octubre 2024, se realoizo en los primeros 15 dias del mes. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Elaboración de Cronograma de Actividades del 17 de octubre al 31 de octubre con actualización periodica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cronograma Digital y fisico en custodia de la coordinación
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de 2 concertaciones con colegios y jardines infantiles para la ejecución de jornadas de vacunación, acompañamiento a 2 jornadas de vacunación, revisión de base nominal, 4 sensibilizaciones a estudiantes y 2 articulación con DILES, elaboracion de base nominal con 50 usuarios verificados con esquema de vacunación, elaboracion de canalizaciones y sus respectivos seguimientos telefonicos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de concertación, articulación, sensibilización y asistencia a jornadas, las cuales reposan en las carpetas de archivo Formato de sesiones colectivas, las cuales reposan en las carpetas de archivo Base nominal y elaboracion de canalizaciones y sus respectivos seguimientos telefonicos la cual se encuentran en la carpeta digital del producto compartida con el apoyo del entorno
4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto de 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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: La participación en la reunión del Entorno Cuidador Educativo programada para el mes de octubre 2024 fue realizada durante los primeros 15 dias del mes 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
5	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza esta actividad del 17 - 31 de octubre según programación de actividades 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
6	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencial técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el periodo de 17- 31 de octubre 2024 no se contó con asistencias técnicas del Plan de Intervenciones Colectivas PS-PIC dentro de la reunión del entorno educativo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación con listado de asistencia en custodia de la coordinación
7	1. OBLIGACIÓN: Realizar revisión y responder por 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 PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Participación en la reunión de seguimiento a las acciones y preauditoria, consolidación de tablero de control mensual y tablero poblacional del 17 - 31 de octubre. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de participación preauditorias con listado de asistencia. Bases dispuestas desde el entorno
8	1. OBLIGACIÓN: Participar y gestionar los acercamientos comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de cada Espacio y/o Proceso Transversal del PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza 2 para sensibilización a estudiantes en el mes de octubre y 1 sensibilización a padres durante 17 - 31 de octubre 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Actas de concertación de jornadas de vacunación Ficha de sesiones colectivas Actas de sensibilización a padres Todos los documentos reposan en la carpeta de archivo
9	1. OBLIGACIÓN: Activar y notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Del 17 al 31 de octubre se realiza el proceso 30 canalizaciones 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado vía correo electrónico a canalizaciones
10	1. OBLIGACIÓN: Participar en las asistencias técnicas convocadas por SDS de acuerdo a los procesos asignados y conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Para el periodo del 17 - 31 de octubre 2024 no se programan procesos de asistencia tecnica por parte de Secretaria Distrital de Salud. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No se cuenta con soporte o evidencia, ya que no se programo la actividad para el mes
11	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar acciones de gestión documental de acuerdo a planeación del apoyo a la gestión, correspondiente a la actualización para transferencia de archivo 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Cajas de organización y archivo FUID
12	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la gestión de la activación y seguimiento al acceso a rutas integrales de atención distrital a través del procedimiento de canalización sectorial e intersectorial 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo a las fechas del 17 al 31 de octubre se realiza proceso de canalizaciones de acuerdo a las necesidades priorizadas e identificadas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Formato de canalización y seguimiento enviado via correo electrónico a canalizaciones
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan actividades requeridas de acuerdo a la necesidad de la ejecución del contrato. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes requeridos de acuerdo a la actividad

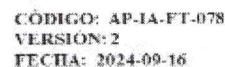
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL				
No. DE PLANILLA:	9474732060	OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SAUD:	COMPENSAR	17/10/2024	\$	200,000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/10/2024	\$	255,900
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/10/2024	\$	39,000
OTRO	CCF COMPENSAR	17/10/2024	\$	32,000
TOTAL PAGADO			\$	526,900

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 afiliación 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	

	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN	
CC: 1.013.685.168	
CEL 3142533521	

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN 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: 31/10/2024						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN		CC:	1,013,685,168		
			RUT (NIT):	1013685168-6		
CORREO ELECTRÓNICO:	valentinavillalobos68@gmail.com		TELÉFONO:	3142533521		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 2 48J 77 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.						
Régimen 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:	BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						24100702543
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4515 2024	Nº CDP:	3525	Nº. RP:	43743	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 2 MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	15/11/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 12,127,679	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 17/10/2024 AL 31/10/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1,999,068					
	UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHO PESOS					
<div>Valentina Villalobos</div>						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN						
C.C:	1,013,685,168					
CEL:	3142533521					



VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

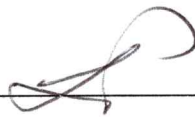
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 **17/10/2024** al **31/10/2024**

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:


 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
 LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
 CARGO:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30


 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
 YOHNNY LIRIOLA HERNANDEZ GARCIA
 PERFIL:
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013685168		VILLALOBOS MARROQUIN LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 2 NO 48J 77 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-09	2024-09	986748822	9474732060	I	2024/10/16	2024/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	1	\$527,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$1,599,254	\$32,000			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$1,599,254	\$32,000			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$1,599,254	\$32,000			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0		
1	CC	1013685168	VILLALOBOS LAURA	25-14	30	\$1,599,254	\$255,900	EP5008	30	\$1,599,254	\$200,000	CCF24	30	\$1,599,254	\$32,000	14-11	30	\$1,599,254	\$39,000	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,599,254	\$255,900			\$1,599,254	\$200,000			\$1,599,254	\$32,000			\$1,599,254	\$39,000		\$0	\$0		

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013685168		VILLALOBOS MARROQUIN LAURA VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 2 NO 48J 77 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-09	2024-09	986748822	9474732060	I	2024/10/16	2024/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	\$527,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$255,900	\$200	\$0	\$256,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$255,900	\$200	\$0	\$256,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$100	\$0	\$39,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$39,000	\$100	\$0	\$39,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,000	\$100	\$0	\$32,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$32,000	\$100	\$0	\$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$200	\$0	\$200,200
TOTAL				1	\$526,900	\$600	\$0	\$527,500

Fwd:  PSE Transacción Aprobada - CUS 986748822 

LAURA VALENTINA VILLALOBOS MARROQUIN <lvvmsubredco@gmail.com>
Para: miguel.archila555@gmail.com

21 de octubre de 2024, 16:00



¡Hola, Laura Valentina Villalobos Marroquin !

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: 986748822

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9474732060

Valor de la Transacción: \$ 527.500

Fecha de Transacción: 16/10/2024

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.