	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 VERSION: 1 FECHA: 2024-09-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NATALIA OCAMPO CASTRO					
CON C.C N°	52.515.365				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4784 2024		FECHA INICIO CONTRATO	28/08/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 9.618.827	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y CUATRO (4) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.980.427		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	$ 8.487.200	
N° DE INFORME:	5	N° CRP:	40605	N° CDP:	3156
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DÍAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO-JEFE OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTIT				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	2	PRORROGAS	2	
VALOR ADICIONADO	$ 8.487.200,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3387	CRP DE LA ADICIÓN:	43253	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.974.400,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3661	CRP DE LA ADICIÓN:	45484	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE POLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA POLIZA	DD/MM/AAAA	FECHA DE APROBACIÓN:	N/A

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

ITEM	
1	Consolidado de necesidades contractuales de las USS DE SERVICIOS DE NO CONTROL ESPECIAL.
2	Asistencia a proveedores.
3	Consolidado estudio de mercado proyecto No Control Especial para la Subred
4	Mesa de trabajo con proveedores para elaboración de estudio de mercado proyecto Energía Fotovoltaica
5	Ajustes anexos y elaboración de formatos para radicación de proyecto de No Control especial
6	Ajustes anexos y elaboración de formatos para radicación de proyecto Energía Fotovoltaica
7	Mesa de trabajo con SDS para revisión y visita proyecto Gastroenterología
8	Mesa de trabajo con SDS para revisión y visita proyectos Control Especial Santa Clara
9	Mesa de trabajo con SDS para revisión y visita proyectos Control Especial La Victoria
10	
11	
12	
13	

V. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	81375310	OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR	13/11/2024	$ 536.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/11/2024	$ 686.100	
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/11/2024	$ 104.500	
OTRO				
TOTAL PAGADO			$ 1.326.600	

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1. Que he ejecutado 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 percibidos del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMLMV.
3. Que no he recibido pago alguno por concepto de adiciones o prorrogas del periodo aquí informado.
4. Que acepto expresamente la deducción en el siguiente o cierre de la cuenta correspondiente al incumplimiento de cobro.
5. Que me encuentro al día con mis aportes parafiscales.

VII. ANEXOS
(Cuando se requiera como soporte de las obligaciones del contrato)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud, Correo Electronico Institucional

NATALIA OCAMPO CASTRO
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:52.515.365
CEL:3118247685

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	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: 5 FECHA: 2024-09-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	NATALIA OCAMPO CASTRO	CC:	52515365
CORREO ELECTRÓNICO:	proyectos.noc@gmail.com	TELÉFONO:	3118247685
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 103 # 74B - 05	CIUDAD:	Bogotá, D.C.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.	
NO tomaré costos y deducciones	( )
SI tomaré costos y deducciones	(X)

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

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:	*DAVIVIENDA*	TIPO DE CUENTA:	*AHORROS*	Nº CUENTA:	*473870002408*

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4784 2024	Nº CDP:	3661	Nº. RP:	45484	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/08/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $35.080.427
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/12/2024 AL 31/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	OCHO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE					
	$ 8.487.200					

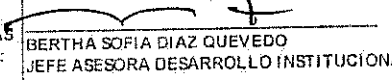
NATALIA OCAMPO CASTRO
C.C 52515365
Cel: 3118247685

	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-4A-FT-078 VERSIÓN: 1

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NATALIA OCAMPO CASTRO					
CON C.C N° 52.515.365					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4784 2024		FECHA INICIO CONTRATO		28/08/2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 35.080.427		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 8.487.200
N° PAGO / N° DE INFORME:	(5 de 5)	N° CRP INICIAL:	46605	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3056
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DÍAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	81375310	OPERADOR:	MI PLANILLA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO-JEFE OFICINA ASESORA DESARROLLO INSTIT.				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	N° 2	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 8.487.200,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3387	RP DE LA ADICIÓN:	43253	TIEMPO PRORROGADO:	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 16.974.400,00	CDP DE LA ADICIÓN:	3661	RP DE LA ADICIÓN:	45484	TIEMPO PRORROGADO:	DOS (2) MESES
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA ADICIÓN:	0	RP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0

III. POLIZAS (SI APLICA)			
N° DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	XX

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 (01/12/2024) AL (31/12/2024)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO JEFE ASESORA DESARROLLO INSTITUCIONAL		

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52515365	NATALIA OCAMPO CASTRO		carrera 103#74B 05 apto 303	3118247685	ocampec@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	13/11/2024	81375310	$1.326.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	536.000	0		0		0	0	0	0	536.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	686.100	0	0	0	0	0	0		686.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	104.500				104.500	0	0	104.500			1.045	104.500	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	536.000	536.000
Pensión	1	686.100	686.100
Riesgos Laborales	1	104.500	104.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.326.600	1.326.600

Documento generado con PILA, operado por Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52515365	NATALIA OCAMPO CASTRO		carrera 103#74B 05 apto 303	3118247685	nocampoc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	1	13/11/2024	81375310	$1.326.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52515365	OCAMPO CASTRO NATALIA	59	0			N																	25-14	4.287.989	686.100	0	0	0	0	EPS017	4.287.989	538.000	14-11	4.287.989	3	104.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información