| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Centro Oriente E.S.E. | **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-1A-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**

**YACIRA ASPRILLA SALAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 52.885.998 | | | | |
| **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 5238 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **23/10/2024** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** 3.280.499 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 4.018.611 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** 738.112 | |
| **N° DE INFORME:** | 3 | **N° CRP:** | 44605 | **N° CDP:** | 3662 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 1 | **PRORROGAS** | 1 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4053 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49626 | **TIEMPO PRORROGADO:** | (9) NUEVE DIAS |

**III. POLIZAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | X |
| **N° DE PÓLIZA:** | | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | | **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 | SE ASISTE A CAPACITACIÓN EN SECRETARIA DE SALUD |
| 2 | SE REALIZARON VISITAS EN ABORDAJE TERRITORIAL EN LA MODALIDAD CASA A CASA IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD EN EL TERRITORIO 003208 UPZ 96 DE LOURDES LOCALIDAD TERCERA DE SANTAFE MANZANA 2 |
| 3 | ENTREGA DE INSUMOS PARA REVISION BIOMEDICA |
| 4 | SUBIR A APLICATIVO DE ACUERDO A INSTRUCCIONES POR SISTEMAS |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 94783521 97 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA | |
| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | | **VALOR PAGADO** |
| **SALUD:** | NUEVA EPS | 04 / 12 / 2024 | | 178.800 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 04 / 12 / 2024 | | 228.800 |
| **RIESGOS LABORALES:** | POSITIVA | 04 / 12 / 2024 | | 34.900 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 04 / 12 / 2024 | | 28.600 |
| **TOTAL PAGADO** | | | | 471.100 |

**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 causados 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, ccf)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scerp 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 período correspondiente

Yacira Asprilla Salas

**YACIRA ASPRILLA SALAS**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 52.885.998**
**CEL: 3222442024**

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **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-4A-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **YACIRA ASPRILLA SALAS** | **CC:** | 52.885.998 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | melao90@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3222442024 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 3 I B 56 | **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** | **N° CUENTA:** | 03083535503 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 5238 2024** | **N° CDP:** | **4053** | **N°. RP:** | 49626 | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **23/10/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/12/2024** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** $ 4.018.611 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/12/2024 AL 09/12/2024 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | $ | | | | | 738.112 |
| | **SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE** | | | | | |

Yacira Asprilla Salas

**NOMBRE: YACIRA ASPRILLA SALAS**
**CC 52.885.998**
**CEL 3222442024**

| | | |
|---|---|---|
| | **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-4A-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** | | | **YACIRA ASPRILLA SALAS** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **52.885.998** | | |
| **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 5238 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | | **23/10/2024** |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | | 3.280.499 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 4.018.611 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | | **$** 738.112 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **3** | **N° CRP INICIAL:** | **44605** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **3662** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 94783521 97 | | **OPERADOR:** | | APORTES EN LINEA |
| **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° ( 1 )** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (1) | PRORROGA (1) |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA** | 4053 | **RP DE LA** | 49626 | **TIEMPO** | (9) NUEVE DIAS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° DE POLIZA:** | | **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 **01/12/2024 AL 09/12/2024**

| | |
|---|---|
| **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** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**SANTIAGO SERRANO ROJAS**<br>**PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

5238

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52885998 | | ASPRILLA SALAS YACIRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 3 #1b-56 Apt 208 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2817920 | SI |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1100710278 | 9478352197 | I | 2024/12/23 | 2024/12/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $471,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $228,800 | $0 | $0 | $228,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $228,800 | $0 | $0 | $228,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,900 | $0 | $0 | $34,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $34,900 | $0 | $0 | $34,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,600 | $0 | $0 | $28,600 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $28,600 | $0 | $0 | $28,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,800 | $0 | $0 | $178,800 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $178,800 | $0 | $0 | $178,800 |
| TOTAL | | | | 1 | $471,100 | $0 | $0 | $471,100 |



2024/12/04 04:16 PM

aportes en línea

# 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 52885998 | | ASPRILLA SALAS YACIRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 3 #1b-56 Apt 208 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2817920 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 1100710278 | 9478352197 | I | 2024/12/23 | 2024/12/04 | BANCOLOMBIA | 0 | $471,100 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,430,000 | $228,800 | | | $1,430,000 | $178,800 | | | $1,430,000 | $28,600 | | | $1,430,000 | $34,900 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,430,000 | $228,800 | | | $1,430,000 | $178,800 | | | $1,430,000 | $28,600 | | | $1,430,000 | $34,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,430,000 | $228,800 | | | $1,430,000 | $178,800 | | | $1,430,000 | $28,600 | | | $1,430,000 | $34,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52885998 | ASPRILLA YACIRA | 230301 | 30 | $1,430,000 | $228,800 | EPS037 | 30 | $1,430,000 | $178,800 | CCF24 | 30 | $1,430,000 | $28,600 | 14-23 | 30 | $1,430,000 | $34,900 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | $1,430,000 | $228,800 | | | $1,430,000 | $178,800 | | | $1,430,000 | $28,600 | | | $1,430,000 | $34,900 | | $0 | $0 |



2024/12/04 04:16 PM




## ¡Hola, YACIRA ASPRILLA SALAS !

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

Estado de la Transacción. Aprobada
CUS 1100710278
Empresa APORTES EN LINEA
Descripción. Pago de la Planilla de aportes con clave 9478352197
Valor de la Transacción $ 471.100
Fecha de Transacción 04/12/2024

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.

pse

in ACH Colombia Oficial

X @ACHColombia_