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 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

KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.112.767.059
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5357 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
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	44666	**Nº 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

Nº 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:**	49618	**TIEMPO PRORROGADO:**	(9) NUEVE DIAS

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
Nº 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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	CONSOLIDADOS VSPS (4) LUNES DE CADA MES
2	TABLERO DE CONTEO (PROMOTORES EN SALUD) MARTES DE CADA MES (4)
3	DERIVACIONES DE USUARIOS Y PREDIOS DE MANERA DIARIA
4	DESCARGAS Y CONSOLIDADO DE PLANOS DEL APLICATIVO GITAPPS DE MANERA DIARIA
5	SEGUIMIENTO AGENDAMIENTO
6	CARGUE DE MANZANAS ENVIADAS POR LOS GEOGRAFOS AL APLICATIVO GITAPPS DE MANERA DIARIA
7	ASIGNACION DE PREDIOS AL APLICATIVO GITAPPS DE LOS PROMOTORES
8	DEPURACION DE BASES Y VALIDACION DEL DATO
9	CARGUE DE INFORMACION AL TABLERO DE SEGUIMIENTO A META
10	INDUCCION APLICATIVO TALENTO HUMANO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	94779443980	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	09-12-24	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	09-12-24	208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	09-12-24	31.700
OTRO	CCF COMPENSAR	09-12-24	26.000
TOTAL PAGADO			428.200

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

Kelly Melissa Perea A.

KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.112.767.059
CEL: 3123016465

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 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: 31/12/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS:	KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA	CC:	1.112.767.059
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	aguaperea@gmail.com	TELÉFONO:	3123016465
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 37 A BIS SUR 2 A 29 ESTE	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:	BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	74122151

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5357 2024	Nº CDP:	4053	Nº. RP:	49618	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 (LETRAS Y NUMEROS)	$ 738.112					
	SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE					

Kelly Melissa Perea A.

NOMBRE: KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA
CC 1.112.767.059
CEL 3123016465

Centro Oriente E.S.E.	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	KELLY MELISSA PEREA AGUALIMPIA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.112.767.059

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 5357 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:	44666	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:	94779439 80	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 MODIFICACIÓN:	N° (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49618	TIEMPO	(9) NUEVE DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE PÓLIZA:		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: 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

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 1112767059		PEREA AGUALIMPIA KELLY MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 308 SUR 1 69 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4537343	No

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	1108051020	9477943980	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$428,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$31,700	$0	$0	$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$0	$0	$26,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$0	$0	$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$428,200	$0	$0	$428,200

2024/12/07 07:12 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

5357

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1112767059		PEREA AGUALIMPIA KELLY MELISSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 30B SUR 1 69 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4537343	No

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	1108051020	9477943980	I	2024/12/13	2024/12/09	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$428,200

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)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	1112767059	PEREA KELLY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-7	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0