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 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

ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.372.467		
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 5305 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:**	44623	**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:**	49633	**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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES
2	PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR
3	REALIZAR CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA A COMPLETITUD CON CALIDAD Y VERACIDAD BUSQUEDA DE PACIENTES EN TERRENO NUMERO 193 MANZANA 001 BARRIO BARCELONA SUR ORIENTAL
4	REALIZAR LA REVISION ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DE ACADA UNO DE LOS FORMATOS DOCUMENTOS BASES O INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DE CONVENIO MAS BIENESTAR
5	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES
6	REALIZAR CON CALIDAD Y VERACIDAD LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGUN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACION(APGAR TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS SEGUN RESOLUCION 3280-2018 OMS FINDRISH CUESTIONARIO EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS)TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA
7	DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SICIODEMOGRAFIXCA EN EL APLICATIVO GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD CON CALIDAD Y VERACIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORIA
8	REALIZAR ENTREGA CON LA FINALIZACION DEL MES DEL INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE SUS ACTIVIDADES
9	APOYAR LAS ACTIVIDADES PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD
10	PRESTAR SUS SERVICIOS CON CALIDAD CON CALIDEZ HUMANA DANDO PRONTA RESPUESTA A LAS DIFERENTES SOLICITUDES DADAS POR CADA UNO DE LOS USUARIOS ATENDIDOS TENIENDO ENCUENTA LAS COMORBILIDADES DE CADA UNO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	10686775 16	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	07/12/24	162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07/12/24	208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	07/12/24	31.700
OTRO	N/A		
	TOTAL PAGADO		402200

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 período correspondiente

Alix Rodriguez

ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.372.467

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:	**ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON**	**CC:**	52.372.467
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	alixjohanarodriguez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3224532749
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 23 BIS 44A 39	**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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	24093270085

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

N° DEL CONTRATO:	PS 5305 2024	**N° CDP:**	4053	**N°. RP:**	49683	**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					

Alix Rodriguez

NOMBRE: **ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON**
CC **52.372.467**
CEL **3224532749**

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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-4A-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	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.372.467

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION 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 5305 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:	44623	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:	1068677516		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 MODIFICACION:	N° (1)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (1)	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49633	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**

5305

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-07, 09:07:10 AM

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1068677516

Periodo Cotización: noviembre 2024 **Periodo Servicio:** noviembre 2024

PAGADO 07/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

RazónSocial	ALIXJOHANNA RODRIGUEZ PINZON				
Documento	CC 52372467	**Documento**	CC 52372467		
Tipode Empresa	INDEPENDIENTE	**Tipode Empresa**	INDEPENDIENTE		
TipoPersona	NATURAL	**TipoPersona**	NATURAL	**TipoPersona**	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Ciudad**	BOGOTA D.C.		
Total Afiliados	1	**Total Afiliados**	1		

I. DATOS DELAFILIADO

Documento	CC 52372467		Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	01	59					ALIXJOHANNA RODRIGUEZPINZON	11001000-11	000000001	BOGOTA D.C.

II. APORTEPORCADAUNADE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS ALAFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipoafiliado	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aport AFP	Total Aport FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código TrasEPS	Tarifa EPS	IBC EPS	AporteSalud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																30	30	30	0			$ 1.300.000	230301		16%	$ 1.300.000	$208.000	$0	$0	EPS045		12.5%	$ 1.300.000	$ 162.500	$0	14-23	3	2.436 %	$ 1.300.000	$ 31.700			$0	$0	0%	$0	0%	$0

III. TOTALES

Total AportesPensión	TotalAportes FSP	Total AportesFSPS	TotalAportesSalud	Total AportesRiesgos	Total Aportes Cajas	TotalAportesSENA	TotalAportes ICBF	TotalAportes ESA	TotalAportesME	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSPSUBSISTENCIA	SURA EPS	SURAMERICANA	COMPENSAR	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$208.000	$0	$0	$162.500	$31.700	$0	$0	$0	$0	$0	$402.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446034 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 68 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!