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

DINA LUZ OROSTEGUI

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	52.295.068
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 5310 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:**	44627	**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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	**$** 738.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49604	**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	ALISTAMIENTO DE PAPELERÍA CORRESPONDIENTE PLANILLAS MAPAS PARA ABORDAJE TERRITORIAL TERRITORIO 035 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LA GLORIA
2	DILIGENCIAMIENTO DEL CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE DEL 1 AL 9 DEL 2024
3	ASISTENCIA TÉCNICA A REUNIÓN DEL EQUIPO BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR EL DÍA 2 DE DICIEMBRE EN EL SALÓN COMUNAL SAN JOSÉ OBRERO
4	REALIZAR CARACTERIZACIONES CORRESPONDIENTES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD TERRITORIO 035 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LA GLORIA DEL 1 AL 9 DE DICIEMBRE DEL 2024
5	INGRESAR TODOS LOS DATOS OBTENIDOS EN LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA Y ENTREGA DE PLANILLAS DE FIRMAS DEL DÍA 1 DE DICIEMBRE AL 9 DE DICIEMBRE DEL 2024
6	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN LOS TIEMPOS ESTIMULADOS POR LOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS
7	REALIZAR LA META ASIGNADA DE 26 CARACTERIZACIONES CON CALIDAD Y DOPORTUNIDAD EN EL TERRITORIO 035 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LA GLORIA
8	ASISTENCIA A LA JORNADA PAGA DIARIOS LOCALIDAD MÁRTIRES PARA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EN SALUD CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD PARA EL DÍA 4 DE DICIEMBRE DEL 2024
9	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SEAN CORRESPONDIENTES EN EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISIÓN DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR
10	REALIZAR AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL CANALIZACIÓN NOTIFICACIÓN O DERIVACIÓN A LOS USUARIOS CARACTERIZADOS EN EL TERRITORIO 035 LOCALIDAD 4 UPZ 51 BARRIO LA GLORIA DEL 1 AL 9 DE DICIEMBRE DEL 2024

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	79911998	**OPERADOR:**	ENLACE
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	07-12-24	162.800
PENSIÓN:	PROTECCION	07-12-24	208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	07-12-24	31.400
OTRO	CCF COLSUBSIDIO	07-12-24	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 scoop 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

Dinaloz Orostegui

DINA LUZ OROSTEGUI
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.295.068
CEL: 3123838251

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:	**DINA LUZ OROSTEGUI**	**CC:**	52.295.068
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	dinaorostegui@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3123838251
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14 ESTE 42C 24 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.

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**	**Nº CUENTA:**	**24084556730**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 5310 2024**	**Nº CDP:**	**4053**	**Nº. RP:**	4960	**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**					

Dina Orostegui

NOMBRE: **DINA LUZ OROSTEGUI**
CC **52.295.068**
CEL **3123838251**

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-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	DINA LUZ OROSTEGUI
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	52.295.068

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 5310 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:	44627	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:	74911498		OPERADOR:		ENLACE
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	24604	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**

5310

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-07, 09:51:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 74411498

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

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DINA LUZ OROSTEGUI		
Documento	CC52295068	**Dirección**	CR 14 ESTE #42 C - 24 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AUP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52295068	DINA LUZ OROSTEGUI	59	00																	0	30	30	30	30	(230201) PROTECCION	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200	$ 0	$ 428.200

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA