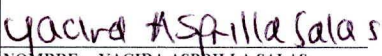
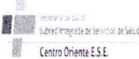
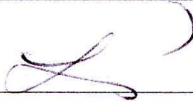


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
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:		\$ 6.478.985		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.722.262
N° DE INFORME:		4		N° CRP:		44605
				N° CDP:		3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y DIECTNUEVE (19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		CDP DE LA ADICIÓN:		4053
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA ADICIÓN:		4120
				CRP DE LA ADICIÓN:		49626
				CRP DE LA ADICIÓN:		UN (1) MES
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?			SI		NO	
N° DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:			
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)						
ITEM						
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:		9478352197		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						
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 cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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						
Yacira Asprilla Salas YACIRA ASPRILLA SALAS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.885.998 CEL: 3222442024						

		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:	YACIRA ASPRILLA SALAS			CC:	52.885.998
CORREO ELECTRÓNICO:	melao90@hotmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3 I B 56			TELÉFONO:	3222442024
				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 párrafo 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 Regimen Simple de Tributación				SI ()	NO (X)
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5238 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		9/01/2025	VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 6.478.985
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/12/2024 AL 31/12/2024				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.722.262				
	UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE				
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> NOMBRE: YACIRA ASPRILLA SALAS CC 52.885.998 CEL 3222442024 </div> </div>					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO- GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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			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:	\$ 6.478.985		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.722.262
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	44605	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9478352197		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:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):		ADICION (2)	PRORROGA (2)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49626
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	49626
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X	
Nº 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 10/12/2024 AL 31/12/2024					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA CARGO: DIRECTOR ENCARGADO			
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE PERFIL: PROFESIONAL APOYO			

5238

DATOS GENERALES DEL APORTANTE												
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 5285998		ASPRILLA SALAS YACIRA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		Cra 3 # b-56 Apt 208		BOGOTA-BOGOTA D.E.	2817920	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION												
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco		Días Mora	Valor		
2024-11	2024-1	1100710278	9478352117	1	2024/12/23	2024/12/04	BANCO LOMBIA		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		230101	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		14-03	860,011,153	6		1	\$34,900	\$0	\$0	\$34,900		
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$28,600	\$0	\$0	\$28,600		
COMPENSAR		CCF14	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		