| | | |
|---|---|---|
| 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 INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-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**

**DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 52.211.043 | | | | |
| **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 5367 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** | |
| **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 | |
| **Nº DE INFORME:** | 4 | **Nº CRP:** | 44811 | **Nº CDP:** | 3662 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | 2 | |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 738.112 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4053 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 49656 | **TIEMPO PRORROGADO** | NUEVE (9) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 2.460.374 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 4120 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO** | UN (1) MES |

**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<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 2 SE REALIZA REUNION DE EQUIPO EN EL SALON COMUNAL DE SAN JOSE OBRERO |
| 2 | 2. SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE NOVIEMBRE AL APOYO DEL EQUIPO |
| 3 | 3 DICIEMBRE 2024 SE REALIZA CARCATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIJAOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS |
| 4 | 4 DICIEMBRE 2024 SE REALIZA CARACTERIZAZCION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS SAN JOSE OBRERO, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL |
| 5 | 5 DICIEMBRE 2024 SE CONTINUA REALIZANDO CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS SAN JOSE, GUSTAVO, RESTREPO. |
| 6 | 6 DICIEMBRE 2024 DE IGUAL MANERA SE CONTINÚA ABORDANDO LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE |
| 7 | 7 DICIEMBRE 2024 SE REALIZA CRACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE SE CONCRETA VISITA |
| 8 | 8 DICIEMBRE 2024 SE REALIZA DIA ADMINISTRATIVO EN MI CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS . |
| 9 | 9 DICIEMBRE 2024 NOS CKITAN PARA REALIZAR LA PREAUDITORIA . |
| 10 | SE REALIZA ENTREGA DE 26 CARACTERIZACIONES |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1068053271 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | SALUD TOTAL | 06/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | COLPENSIONES | 06/12/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SEGUROS BOLIVAR | 06/12/2024 | $ 31.700 |
| **OTRO** | CCF COMPENSAR | 06/12/2024 | $ 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 período correspondiente

DORIS J. Mahecha H.

DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 52.211.043
CEL: 3144397356

| | | |
|---|---|---|
| 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-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 6**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ** | **CC:** | 52.211.043 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | dmahe.subredcentrooriente@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3144397356 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 7 89 28 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:** | **DAVIVIENDA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **Nº CUENTA:** | **004800307409** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº DEL CONTRATO:** | **PS 5367 2024** | **Nº CDP:** | **4120** | **Nº. RP:** | | **PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:**<br>**DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | | **9/01/2025** | | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :**<br>**$ 6.478.985** |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | **10/12/2024 AL 31/12/2024** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)** | **$ 1.722.262**<br>**UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE** | | | | | |

Doris L Mahecha H

**NOMBRE:** DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ
**CC** 52.211.043
**CEL** 3144397356

| | | |
|---|---|---|
| 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 INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-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** | **DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ** | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **52.211.043** | | | | |
| **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 5367 2024** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **24/10/2024** | |
| **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 | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **4** | **N° CRP INICIAL:** | **44811** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **3662** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1068053271 | | **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:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA - DIRECTOR ENCARGADO | | | | |

| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | N° ( 2 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICION (2 ) | PRORROGA (2) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 738.112 | **CDP DE LA** | **4053** | **RP DE LA** | **49656** | **TIEMPO** | NUEVE (9) DIAS |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 2.460.374 | **CDP DE LA** | **4120** | **RP DE LA** | | **TIEMPO** | UN (1) MES |

| **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 **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:**<br>**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA**<br>**CARGO: DIRECTOR ENCARGADO** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**LEIDY ISABET MORALES SERRATO**<br>**PERFIL: PROFESIONAL APOYO** |

5367

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 04:12:17 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1068053271

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago (PIN): 8810299514

**PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ | | |
| **Documento** | CC52211043 | **Dirección** | CR 8D #84 A - 44 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3144397356 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## 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 * | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | 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 52211043 | DORIS LAURENCIA MAHECHA HERNANDEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 2,436 | $ 1.300.000 | $ 31.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 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 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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