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						
DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.117.246			
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 5240 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
N° DE INFORME:	4	**N° CRP:**	44761	**N° 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

N° 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:**	**49675**	**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**	
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	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL DE EQUIPO LOCALIDAD RAFAEL URIBE CON LIDERES DE EBEH
2	ABORDAJE TERRITORIAL,CARACTERIZACION DE FAMILIAS EN TERRITORIO 083 BARRIO MARCO FIDEL SUAREZ I
3	ACCIONES DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARA DISMINUIR RIESGOS EN SALUD EN LA POBLACION ABORDADA
4	DILIGENCIAMIENTO Y CARGA DE ACTIVIDADES EN APLICATIVO GITAPPS Y ENTREGA DE RESPECTIVOS FORMATOS
5	DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE CANALIZACIONES SEGUN RIESGOS IDENTIFICADOS EN ABORDAJE TERRITORIAL
6	FIRMA DE PRORROGA DE CONTRATO EN FISICO,ENTREGA DE CUENTA DE COBRO Y DEMAS OBLIGACIONES
7	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA EN DRIVE
8	PROGRAMACION DE VISITAS -BASE RUTEO DE TERRITORIO 083 MARCO FIDEL SUAREZ

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068673524	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	09/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	09/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024	$ 31.700
OTRO	COMPENSAR	08/03/1971	$ 26.000
TOTAL PAGADO			**$ 428.200**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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

Deisy Marcela Peña

DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 53.117.246
CEL: 3203630750

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:	**DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE**	**CC:**	53.117.246
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	deisfa1112@gmail.com	**TELÉFONO:**	3203630750
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 89 C BIS 40 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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**5070305254**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5240 2024**	**N° CDP:**	**4120**	**N°. RP:**		**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **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 :** **$ 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					
	UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE					

Deisy Marcela Peña.

NOMBRE: DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE
CC 53.117.246
CEL 3203630750

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	**DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**53.117.246**

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 5240 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:**	**44761**	**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:	1068673524		**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**	**49675**	**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:** **LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **CARGO: DIRECTOR ENCARGADO**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **LEIDY ISABET MORALES SERRATO** **PERFIL: PROFESIONAL APOYO**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 12:30:01 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068673524

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

PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DEISY MARCELA PENA MANCIPE		
Documento	CC53117246	**Dirección**	CR 89C #40 - 24 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203630750
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	INGRESO	RETIRO	RET POR TRASLADO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días APORTE	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 Mineducación	Total
CC 53117246	DEISY MARCELA PEÑA MANCIPE	59	00																0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF24) COMFENSAR 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

5240

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.