| | | |
|---|---|---|
| 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**

**DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | | | 1.010.171.557 | | |
| **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 5247 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:** | 44768 | **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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 2 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIÓNES** | 2 | **PRORROGAS** | 2 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 738.113 | CDP DE LA ADICIÓN: | 4053 | **CRP DE LA ADICION:** | 45700 | TIEMPO PRORROGADO: | UNTUNE (0) 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<br>~~(Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)~~ |
|---|---|
| 1 | REUNION ASISTENCIA TECNICA DE EQUIPO MES DE DICIEMBRE |
| 2 | REALIZAR CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION R IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN UPZ 34 BARRIO 20 DE JULIO |
| 3 | ACTUALIZACION DE CRONOGRAMA |
| 4 | SE ESTABLECE UNA META DE 26 CARACTERIZACIONES DEL 1 AL 9 DE DICIEMBRE 2024 TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 5 AÑOS Y GESTANTES EDUCACIÓN EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DR ELEMENTOS DR PROTECCION PERSONAL |
| 5 | SE REALIZA ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO FE LOS FORMATOS PLANILLAS |
| 6 | SE REALIZA VERIFICACION DE ARCHIVOS PLANOS |
| 7 | EN EL MOMENTO DE IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD ACTIVO Y NOTIFICO DE ACUERDO AL EVENTO DE INTERES COMO SIVIM SISVECOS SISVAN Y VESPA |
| 8 | SE INGRESA TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDAS |
| 9 | SE HACE ENTREGA DE LA CUENTA COBRO DEL MES DE DICIEMBRE CORRESPONDIENTE DEL 1 AL 9 DICIEMBRE 2024 SEGUN CRONOGRAMA DE ENTREGA DE LOS TECNICOS |
| 10 | SE REALIZA META CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE DE 27 CARACTERIZACIONES CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACION DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A LA POBLACION INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 1067989433 | **OPERADOR:** | SIMPLE |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | COMPENSAR | 04/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | PORVENIR | 04/12/2024 | $ 208.000 |
| **RIESGOS LABORALES:** | SEGUROS BOLIVAR | 04/12/2024 | $ 31.700 |
| **OTRO** | | | |
| | **TOTAL PAGADO** | | **$ 402.200** |

**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 calendados 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 periodo correspondiente

Diana Aya

**DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 1.010.171.557**
**CEL: 312673899**

| | | |
|---|---|---|
| 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: | DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA | CC. | 1.010.171.557 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | daya.subredcentrooriente@gmail.com | TELÉFONO: | 312673899 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 12 B 26 A 01 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: | 057000770180941 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5247 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 | | | | | |
| | UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE | | | | | |

Diana Aya.

NOMBRE: DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA
CC 1.010.171.557
CEL 312673899

| | | |
|---|---|---|
| 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 | DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **1.010.171.557** |

**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 5247 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:** | **44768** | **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:** | 1067989433 | | **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** | **49700** | **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 POLIZA:** | | **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 articulo 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>**JOSE ANTONIO TORRES**<br>**PERFIL: PROFESIONAL APOYO** |

5247

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-04, 12:56:58 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTE Número Planilla: 1067989433

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago 8810766451

PAGADA 04/12/2024

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA | | |
| Documento | CC1010171557 | Dirección | CR 12A #12 - 89 SUR |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3102673899 |
| 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 Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TNP | VSP | COR | VTT | SUS | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | 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 Mintrabajo | Total |
| CC 1010171557 | DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $1,300,000 | $208,000 | (EPS009) COMPENSAR EPS | $1,300,000 | $182,500 | 2,436 | $1,300,000 | $31,700 | (NINGC) NINGUNA CCF | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402,200 |

## 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 a favor | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,300,000 | $1,300,000 | $1,300,000 | $0 | $208,000 | $182,500 | $31,700 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $402,200 | $0 | $402,200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.