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

LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.000.624.752				
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 5384 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	
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	44685	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:	49580	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 (Deben ser coherentes con las obligaciones especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	EL DIA 2 DE DICIEMBRE SE REALIZA REUNION DE EQUIPO EN EL BARRIO SAN JOSE OBRERO Y SE REALIZA FIRMA DE ADICIÓN EN FÍSICO EN LA SEDE DE SAN JOSE OBRERO.
2	EN LA SEMANA DEL 02 AL 08 DE DICIEMBRE SE REALIZA CARCATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 54 CORRESPONDIENTE AL BARRIO EL CONSUELO
3	SE ESTABLECE UNA META DE 26 CARACTERIZACIONES TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 6 AÑOS Y GESTANTES, EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONA
4	AL MOMENTO DE IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD ACTIVO Y NOTIFICO DEACUERDO AL EVENTO EN INTERES, COMO SIVIM, SISVECOS, SISVAN Y VESPA.
5	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDAS
6	SE REALIZA LA META CORRESPONDIENTE AL MES DE DICIEMBRE CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACIÓN DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS
7	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES DE DICIEMBRE HASTA EL 09 AL APOYO DEL EQUIPO.
8	GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO.
9	SE REALIZA EL ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO DE LOS FORMATOS (PLANILLAS) DEL MES DE DICIEMBRE EN LA LOCALIDAD DE RAFAEL URIBE URIBE BARRIO EL

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068676309	OPERADOR:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	07/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	07/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	07/12/2024	$ 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 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

Laura Bohorquez

LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.000.624.752
CEL: 3207888779

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:	LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR	CC:	1.000.624.752
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	laurab.subredco@gmail.com	TELÉFONO:	3207888779
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 55 SUR 33A 37	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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91217675788

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5384 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 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					

Laura Bohorquez

NOMBRE: LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR
CC 1.000.624.752
CEL 3207888779

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	LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.624.752

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 5384 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
N° PAGO / N° DE INFORME:	4	N° CRP INICIAL:	44685	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:	1068676309		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	49580	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: MONICA ANDREA MONTAÑEZ GOMEZ PERFIL: PROFESIONAL APOYO

5284

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 09:58:36 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1068676309

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

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR		
Documento	CC1000624752	**Dirección**	CR 16D SUR #63 - 53 CASA 2 PISOS
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2388164
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	IGE	RET	INT L.P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días IRP	Días PTA	Días AVP	Días VCT	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 Min Educación	Total
CC 1000624752	LAURA DANIELA BOHORQUEZ BOLIVAR	59	00																	0	30	7	30	0	(01)(101) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS016) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2.436	$ 1.300.000	$ 31.700	(SIN-CC) 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, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.200.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 0	$ 402.200

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.