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

DIANA MARCELA RUIZ MORALES

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.023.864.115
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 5309 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:**	44626	**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	**$** 738.112	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49577	**TIEMPO PRORROGADO:**	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	**$** 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 específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	ELABORACION DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES AL MES EN CURSO
2	SE REALIZAN LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR
3	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN MENORES DE 5 AÑOS
4	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN POBLACION CON CONDICIONES CRONICAS
5	CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR DONDE SE REALIZA LA TOMA DE PARAMETROS DE MEDICION PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO EN POBLACION GESTANTE
6	SE REALIZA LA IDENTIFICACION DE USUARIOS CON SIGNOS DE ALARMA SEGÚN GRUPO POBLACIONAL Y SU RESPECTIVA GESTION DEL RIEGO
7	DIGITALIZACION EN EL APLICATIVO DE SDS DE CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS DENTRO DEL CONTEXTO DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES DE HOGAR
8	SE REALIZA ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARA DISMINUIR EL RIESGO EN LA POBLACION IDENTIFICADA Y SE INTENSIFICAN ACCIONES DE PREVENCION CON LA TEMPORADA NAVIDEÑA
9	SE REALIZA PROCESO DE CANALIZACION DE ACUERDO A LAS NECESIDADES PRIORIZADAS E IDENTIFICADAS
10	SE ABORDA POBLACION PRIORIZADA BAJO LA ESTRATEGIA DE RUTEO

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068672897	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	07/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	COLPENSIONES	07/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	07/12/2024	$ 31.700
OTRO	MORA	07/12/2024	$ 1.200
TOTAL PAGADO			$ 403.400

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 socop 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

DIANA MARCELA RUIZ M

DIANA MARCELA RUIZ MORALES
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.023.864.115
CEL: 3204009313

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:	**DIANA MARCELA RUIZ MORALES**	**CC:**	1.023.864.115
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	marcelita.086@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3204009313
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 6 30D 80 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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24083787346**

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 5309 2024**	**N° CDP:**	**4120**	**N°. 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					

DIANA MARCELA RUIZ M

NOMBRE: **DIANA MARCELA RUIZ MORALES**
CC **1.023.864.115**
CEL **3204009313**

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	**DIANA MARCELA RUIZ MORALES**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.023.864.115**

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 5309 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:**	**44626**	**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:	1068672897	**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**	**49577**	**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 sccop 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**

5309

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-09, 07:41:52 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1068672897

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

PAGADO 07/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA RUIZ MORALES		
Documento	CC1023864115	**Dirección**	CR 6 SUR #30 D - 80
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4009313
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	IGE	IRET	IRET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APS	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	Aportes Mineducación	Total
CC 1023864115	DIANA MARCELA RUIZ MORALES	57	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLFENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS017) FAISBANAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,435	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-OC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 403.200

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	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 1.200	$ 403.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 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.