| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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**

MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 51.835.791 |
| **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 5244 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:** | 3 | **N° CRP:** | 44765 | **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:** | **49735** | **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<br>**(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | ENTREGA DE CRONOGRAMA DE EL MES DE DICIEMBRE,ACTUALIZADO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR. |
| 2 | SE DILIGENCIAN FORMATOS, PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE,EN LA LOCALIDAD SANTA FE TERRITORIO 178,BARRIOS CARTAGENA Y EL TRIUNFO. |
| 3 | ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE 2024 POR PARTE DE EL LIDER DE EL EQUIPO. |
| 4 | SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA |
| 5 | REALIZAR LAS CANALIZACIONES EN FECHA OPORTUNA, TIEMPO 24 HORAS,SE DEBE CANALIZAR OBESIDAD, FINDRISH ALTO GLUCOMETRIA MAYOR A 180 ENTRE OTRAS. |
| 6 | DERIVACIONES A PCF ,PROFESIONALES CORRESPONDIENTES SEGUN CRITERIOS COMO, DISCAPACIDAD,GESTANTES,SALUD BUCAL.. ENFERMEDAD PERIODENTAL |
| 7 | ABORDAJE 100 POR CIENTO DE LOS CASOS CON ACCIONES PROMOCIONALES Y DE GESTIÓN DEL RIESGO,LOS RUTEOS,GESTANTES NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO,CON RIESGO DE DESNUTRICION. |
| 8 | SE REALIZA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LA PARTE ADMINISTRATIVA, SIGUIENDO LAS INDICACIONES. |
| 9 | ENTREGA DE PRE AUDITORIA AL DIA A LA JEFE DE EQUIPO Y ENTREGA DE EQUIPOS BIO MEDICOS PARA REVISARLOS. |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 82479664 | **OPERADOR:** | MI PLANILLA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | COMPENSAR | 09/12/2024 | $ 162.500 |
| **PENSIÓN:** | NO APLICA | | $ - |
| **RIESGOS LABORALES:** | BOLIVAR | 09/12/2024 | $ 31.700 |
| **OTRO** | COMPENSAR | 09/12/2024 | $ 26.000 |
| **TOTAL PAGADO** | | | **$ 220.200** |

**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 periodo correspondiente

**MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 51.835.791**
**CEL: 3224413083**

| | | |
|---|---|---|
| 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: 30/11/2024**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA | CC: | 51.835.791 |
| | | RUT (NIT): | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | marcesiza@hotmail.com | TELÉFONO: | 3224413083 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 68 SUR 77 J 16 | 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 Regimen 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: | 008970347848 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N° DEL CONTRATO: | PS 5244 2024 | N° CDP: | 4120 | N°. 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 | | | | | |

NOMBRE: MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA
CC 51.835.791
CEL 3224413083

| | | |
|---|---|---|
| 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** | | | **MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **51.835.791** | | |
| **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 5244 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:** | **3** | **N° CRP INICIAL:** | **44765** | **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:** | 82479664 | | **OPERADOR:** | | MI PLANILLA |
| **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** | **49735** | **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 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** |
| | Natali J Salguero Z<br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE**<br>**PERFIL: PROFESIONAL APOYO** |

5244

ompensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| O | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| C | 51835791 | MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA | cl 69 h 78j-03 sur | 7755187 | marcesiza@hotmail.com | |
| MA TACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| CA | 1 – Independiente | | BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 09/12/2024 | 82479664 | $220,200 | |

## ALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

| PS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| | Compensar EPS | 860066942-7 | 162,500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162,500 | 1 |

### TOTALES PENSIÓN

| P | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Dias Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

### TOTALES RIESGOS LABORALES

| RL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 31,700 | | | | 31,700 | 0 | 0 | 31,700 | | | 317 | 31,700 | 1 |

### TOTALES CAJAS

| CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26,000 | 0 | 0 | 26,000 | 1 |

### TOTALES PARAFISCALES

| orte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| | | SENA | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | ICBF | | |
| | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | ESAP | | |
| | | | | |
| | | MEN | | |
| | | | | |

### TOTALES POR SUBSISTEMA

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162,500 | 162,500 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31,700 | 31,700 |
| CCF | 1 | 26,000 | 26,000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 220,200 | 220,200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información