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

JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.120.581.279		
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 5315 2024		FECHA INICIO CONTRATO	28/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.256.499	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:	44871	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	$ 730.113	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	44739	TIEMPO PRORROGADO:	UNTIE (8) 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	SE RALIZA APROPIACION DE VALIDACION DE MAPAS.
2	REUNION DE FORTALECIMIENTO TECNICO LIDERADO POR EQUIPO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA SDS
3	CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION DE USUARIOS EN TERRENO.
4	0
5	0
6	0
7	0
8	0
9	0
10	0

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9478177069	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	09/12/2024	$ 162.500
PENSIÓN:	PORVENIR	09/12/2024	$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	09/12/2024	$ 6.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 403.300

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe mexo, 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

JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.120.581.279
CEL: 3112459198

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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/12/2024

NOMBRES Y APELLIDOS:	JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE	CC.	1.120.581.279
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	jenni_1997_es@hotmail.com	TELÉFONO:	3112459198
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 10 81 02	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.

Régimen 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:	91201155091

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

Nº DEL CONTRATO:	PS 5315 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/10/2024	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 (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1.722.262 UN MILLON SETECIENTOS VEINTIDOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE					

NOMBRE: JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE
CC 1.120.581.279
CEL 3112459198

	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-1A-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			JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.120.581.279		
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 5315 2024		FECHA INICIO CONTRATO	28/10/2024	
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:	44871	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:	9478177069		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
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	49739	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES

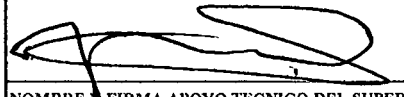
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° DE POLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			

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 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: JOSE ANTONIO TORRES PERFIL: PROFESIONAL APOYO

aportes en línea

Certificado de Aportes

1315

Se certifica que FONSECA ESCALANTE JENIFER ALEXANDRA identificado(a) con CC 1120581279 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para JENIFER ALEXANDRA FONSECA ESCALANTE identificado(a) con CC 1120581279

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										tag	cet	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	tri	vip			
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	EPS	EPS008	COMPENSAR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	$1,300,000	12.5%	$162,500
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	$1,300,000	16%	$208,000
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2024-11	30																	$1,300,000		$0
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2024-11	30																	$1,300,000		$0
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2024-11	30																	$0	0%	$0
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2024-11	30																	$0	0%	$0
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	ARL	14-11	ARL SURA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	$1,300,000	0.522%	$6,800
9478177069	1107359075	I	2024-12-09	CCF	CCF22	COLSUBSIDIO	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2024-11	30																	$1,300,000	2%	$26,000

Este certificado se expide el día 2024-12-06 a las 08:02.

$ 403.300