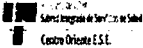
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA			
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.372.572	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5576 2024	FECHA INICIO CONTRATO	13/11/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.050.311	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTICINCO (25) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.248.797	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.722.262
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	47583
		Nº CDP:	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) 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 MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	2	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN:	4120
III. POLIZAS			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE POLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA POLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:		
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)			
ITEM			
1	ALISTAMIENTO DE PAPELERIA, CRONOGRAMAS E IDENTIFICACIÓN DE MAPAS EN TERRITORIO		
2	ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO		
3	CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS		
4	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS		
5	REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACION, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA		
6	ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OOPERATIVOS		
7	ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS		
8	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS		
9	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE DICIEMBRE EN EL TERRITORIO 001301 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
10	SE IDENTIFICA RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE CARACTERIZACIONES Y ACTUALIZACIONES EN LA LOCALIDAD CORRESPONDIENTE		
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1068201327	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	05/12/2024	\$ 97.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	05/12/2024	\$ 124.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	05/12/2024	\$ 19.100
OTRO			
TOTAL PAGADO \$ 241.400			
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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			
Sandra Guerrero G			
SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.372.572 CEL: 3184730158			

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:	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA			CC:	52.372.572
CORREO ELECTRÓNICO:	spguerrero.centroorient@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 8 B BIS 81 77 SUR			TELÉFONO:	3184730158
				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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24121734840
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5576 2024	Nº CDP:	4120	Nº. RP:	
					PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/01/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : S 5.248.797
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				
Sandra Guerrero G NOMBRE: SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA CC 52.372.572 CEL 3184730158					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO- GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTIÓN		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			SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.372.572																										
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																													
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 5576 2024		FECHA INICIO CONTRATO																									
				13/11/2024																									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.050.311																											
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5.248.797		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.722.262																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3		Nº CRP INICIAL: 47583																									
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1068201327		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																													
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº (2)		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):																									
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		ADICION (2)																									
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		PRORROGA (2)																									
				TIEMPO																									
				TIEMPO																									
				UN (1) MES																									
III. POLIZAS (SI APLICA)																													
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO																									
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X																									
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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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 cláusula "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																											
		Natali J Salguero Z																											
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: NATALI JOHANA SALGUERO ZARATE PERFIL: PROFESIONAL APOYO																											

5576

Simple.

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-07, 07:47:53 A. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Período Cotización: noviembre de 2024 Período Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago: 8822634846

Número Planilla: 1068201327

PAGADA 05/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA		
Documento	CC52372572	Dirección	CL 81BIS #8 B - 04
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3178428128
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 Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas				Parafiscales				Total
Identificación	Apellido y Nombre	Tipo Cotización	Aportes Cotización	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	SEP	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradores	IBC Caja	Aportes Caja	Aportes Salud	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Marketing	Total	
CC 52372572	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA	80	0	X																		2.430	\$780.000	\$19.180	(NN-CC)NINGUNA CCP	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$341.400	

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Salud	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (Servicios, Salidas a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$780.000	\$780.000	\$780.000	\$0	\$124.800	\$97.500	\$10.100	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$241.400	\$0	\$241.400

