

		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 MILENA CERON PEDRAZA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.729.240			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 1464 2025		FECHA INICIO CONTRATO	2/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.388.960	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	3 MESES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.388.960	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.796.320			
Nº DE INFORME:	1 de 1	Nº CRP:	6125	Nº CDP:	3	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	3 MESES					
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6AT CENTRO DE SALUD ALTAMIRA					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ALBA QUINTANA F. - JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	(0)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	0	PRORROGAS	0
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS						
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		NA		
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	FECHA DE APROBACIÓN:		NA		
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	Gestionar el acceso de los usuarios a los servicios, teniendo en cuenta los manuales y protocolos institucionales vigentes.					
2	Orientar a los usuarios en procedimientos de aseguramiento, PQRS y vinculación al rgss.					
3	Verificar a los usuarios en bases de datos (comprobador de derechos, DNP, adres, georreferenciador).					

4	Realizar encuestas y aplicación de formatos a los usuarios de acuerdo a los protocolos y metas establecidas.
5	Realizar sesiones educativas en salas de espera de acuerdo al cronograma establecido, registrando las atenciones en el aplicativo si cuéntanos Bogotá por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, realizando el registro en los formatos establecidos.
6	Realizar el registro en el aplicativo si cuéntanos Bogotá de atenciones individuales y de barreras de acceso identificadas durante la gestión diaria, con el fin de evaluar las dificultades de accesibilidad que pueden presentar los usuarios en los servicios de salud según meta establecida.
7	Participar en los procesos de fortalecimiento de competencias a través de los cursos y capacitaciones virtuales y presenciales establecidos por la subred integrada de servicios de salud centro oriente ese.
8	Desarrollar los talleres pedagógicos según el cronograma y metodología establecida en los manuales y protocolos institucionales vigentes
9	Entregar los soportes de la gestión realizada de acuerdo a los lineamientos establecidos por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano.
10	Consultar el sistema de dinámica gerencial, con el fin de llevar a cabo consulta de agendamiento de citas médicas y actualización de datos cuando el usuario así lo requiera.
11	Apoyar la verificación, asignación, y emisión de respuestas a par, en asignación de citas médicas de entes de control.
12	Asistir a los espacios de fortalecimiento convocados por la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano y la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
13	Apoyar los subprocesos teniendo en cuenta las necesidades propias de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano.
14	Garantizar la reserva y confidencialidad de datos e información de los diferentes aplicativos institucionales.
15	Cumplir con las obligaciones de acuerdo con la demanda y tiempos requeridos según las necesidades del servicio en los centros de salud y hospitales que conforman la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
16	Portar visiblemente los elementos institucionales y adecuada presentación personal dando cumplimiento a los manuales y procedimientos de la oficina y de la subred integrada de servicios de salud centro oriente E.S.E.
17	Las demás obligaciones que sean asignadas en la realización del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1068673210	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	16/01/2025	\$ 162.500
PENSIÓN:	COLFONDOS	16/01/2025	\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	16/01/2025	\$ 31.700
OTRO	INTERESES EN MORA	16/01/2025	\$ 900
TOTAL PAGADO			\$ 403.100

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 ibe 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, 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

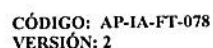
Sandra Milena Cerón

SANDRA MILENA CERON PEDRAZA

CC:52729240

CEL:3012710488

		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	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/01/2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRAMILENA CERON PEDRAZA		CC:	52729240	
CORREO ELECTRÓNICO:	sandra800915@hotmail.com		RUT (NIT):	52729240	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 9 ESTE N 36 G 37 SUR		TELÉFONO:	3012710488	
			CIUDAD:	BOGOTA	
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					
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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					0570008480288268
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (ENERO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 1464 2025	Nº CDP:	3	Nº. CRP:	6125
				PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/03/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 5.388.960
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2/01/2025 AL 31/01/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.796.320 UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS				
 SANDRA MILENA CERON PEDRAZA C.C 52729240 cel: 3012710488					



III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO
N° DE PÓLIZA:	NA	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	NA	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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (02/01/2025) AL (31/01/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: DRA. LUZ ALBA QUINTANA R.	
		CARGO: JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO(E)	
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:	
		MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TECNICO ADMINISTRATIVO II	

III. POLIZAS (SI APLICA)			
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A
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?		
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?		
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		
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?		
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		
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 (02/01/2025) AL (31/01/2025)			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LUZ ALBA QUINTANA F. CARGO: JEFE OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (E)	
		 NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS PERFIL: TECNICO ADMINISTRATIVO	



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-16, 10:36:39 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068673210
Período Cotización: diciembre de 2024 Período Servicio: diciembre de 2024 Referencia pago (PIN): 8845540140

PAGADO 16/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA SERON PEDRAZA	Dirección	CR 9 ESTE #36 G - 37 SUR
Documento	CC52729240	Teléfono	3623876
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	SEGUROS BOLIVAR
Representante Legal		ARP	
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos		Cajas					Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres		Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INC	RET P	TDE	TAE	TOT	VSP	COR	SLN	SGE	LMA	VAC	AYP	OTR	IBCF	IBCF EPS	Dias A.F.P.	IBCF R.P.	Administradores	IBCF Pensión	Administradores	IBCF Salud	Tarifa	IBCF Riesgos	Administradores	IBCF Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio		
CC 52729240	SANDRA MILENA SERON PEDRAZA		58	00																	0	25	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	\$ 402.200

III. TOTALES

IBCF Pensión	\$ 1.300.000	IBCF Salud	\$ 1.300.000	IBCF Riesgos	\$ 1.300.000	IBCF Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 208.000	Aportes Salud	\$ 102.500	Aportes Riesgos	\$ 31.700	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sana	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Licencias, Saldos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades, Incapacidades ARP	\$ 0	Subtotal Sin Intereses de Mora	\$ 402.200	Total Intereses de Mora	\$ 900	Total Final	\$ 403.100
--------------	--------------	------------	--------------	--------------	--------------	------------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	----------------------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	--------	-------------	------------