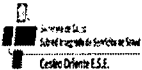
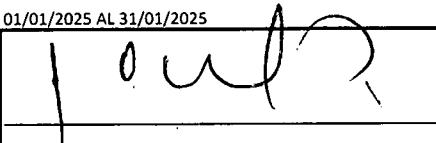


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS 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:		\$ 7.709.171		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 2.460.374					
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
47583		Nº CDP:		3662	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y CUATRO (4) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		2		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		2		PRORROGAS	
2					
VALOR ADICIONADO		\$ 738.112		CDP DE LA ADICIÓN:	
4053		CRP DE LA ADICIÓN:		49751	
TIEMPO PRORROGADO:		NUEVE(9) DIAS			
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA ADICIÓN:	
4120		CRP DE LA ADICIÓN:		50850	
TIEMPO PRORROGADO:		UN (1) MES			
VALOR ADICIONADO		\$ 2.460.374		CDP DE LA ADICIÓN:	
46		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:			
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:		1068613754		OPERADOR:	
SIMPLE					
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
VALOR PAGADO					
SALUD:		SANITAS		07/01/2025	
\$ 162.500					
PENSIÓN:		COLFONDOS		07/01/2025	
\$ 208.000					
RIESGOS LABORALES:		SURA		07/01/2025	
\$ 31.700					
OTRO					
TOTAL PAGADO				\$ 402.200	
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					
Sandra Guerrero					
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 – GESTIÓN 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: 31/01/2025			
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 párrafo 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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	24121734840
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5576 2024	Nº CDP:	46
		Nº CRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/11/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/01/2025 AL 31/01/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.460.374 DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y CUATRO (4) DÍAS VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 7.709.171			
Sandra Guerrero.			
NOMBRE: SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA CC 52.372.572 CEL 3184730158			

	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		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:	\$ 7.709.171	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.460.374			
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	47583	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y CUATRO (4) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		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:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (2)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (2)	
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49751	TIEMPO NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50850	TIEMPO UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO UN (1) MES
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X			
Nº 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 scop 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 01/01/2025 AL 31/01/2025						
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:						
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
						
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR				

Simple.

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-13, 04:14:39 P. M. Tipo Planilla: I. PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068613754
Periodo Cotización: diciembre de 2024 Periodo Servicio: diciembre de 2024 Referencia pago 8822634846

PAGADA 07/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

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	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	TOR	TAR	TIP	TAP	VIP	COI	VSI	BLN	ICE	DMA	VAC	APP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días CES	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	Aporte Ministerio	Total
CC 52372572	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA	59	0																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$1.300.000	\$208.000	(EPS) EPS SANTAS	\$1.300.000	\$162.500	2.436	\$1.300.000	\$31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$402.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	ISC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades (en días, saldos a Favor)	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	\$0	\$402.200

