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 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

JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.010.614		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO TERRITORIAL 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 CONVENIO 6591670/2024 SED				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4275 2025	FECHA INICIO CONTRATO		21/1/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.395.450	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	CUARENTA Y OCHO (48) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.395.450		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.747.156
N° DE INFORME:	2	N° CRP:	9975	N° CDP:	111
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUARENTA Y OCHO (48) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIÓNES		PRORROGAS	

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 (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se brinda apoyo tecnico al personal de las IED en las localidades Antonio Nariño, Martires y RafaelUribe Uribe para desarrollar las actividades de la promocion de estilos de vida saludables de acuerdo con la orientacion tecnica de la Direccion de Bienestar Estudiantil y prevencion y mitigacion de cotagiopor enfermedad trasmisible mes de febrero
2	Se participa en los procesos de capacitacion efectuados por SED el dia 8 de febrero y se realiza programacion de capacitacion para facilitar el desarrollo de sus actividades a nivel local
3	Recopilar informacion derivada del acompañamiento realizado por el personal de las IED en la localidad de Antonio Nariño, Martires, Rafael Uribe con relacion a las actividades para la promocion de estilos de vida saludable y prevencion y mitigacion de contagio de enfermedades en el mes de febrero
4	Se presenta oportunamente a la Direccion de Bienestar Estudiantil, los informes de avance de la localidad a cargo, con sus respectivas evidencias de las localidades de Antonio Nariño, Martires, Rafael Uribe para el mes de febrero
5	Se realiza acompañamiento mesa de trabajo direccion local Martires dia 13 de febrero con relacion a los PBE en articulacion para el tema de vacunas de todos los estudiantes localidad Martires y de las funciones realizadas por PBE
6	Recibir informacion de las DBE y SED y desplegarlos con las promotoras y a su vez con la comunidad educativa, garantizando la ejecucion continua y eficiente para la promocion de estilos de vida saludable en el mes de febrero
7	Apoyar y orientar la adecuada implementacion de los protocolos establecidos por el Ministerio de Salud y el Ministerio De Educacion Nacional
8	Entrega de informe mensual de la localidad de Antonio Nariño, Martires,y de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual
9	Acompañamiento a las IED con el fin de verificar los procesos desarrollados por las promotoras de bienestar contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integral del presente contrato en la localidad de Martires IED Ricaurte y IED Antonia Santos, Agustin Nieto Caballero, de la localidad de Rafael Uribe IED Alejandro Obregon, Liceo Femenino,Clemencia de Caicedo de la localidad Antonio Nariño Maria Montessori,
10	Se realiza recepcion de cuentas de cobro el dia 17 de febrero en CAPS 1 de mayo al personal, validando que los soportes de seguridad social coincidan con el reporte entregado
11	Se realiza apoyo en la verificacion del cronograma de actividades de los integrantes del equipo de Antonio Nariño y Martires
12	se verifican evidencias los dias 3,10,17,24 y el cumplimiento de actividades de cada promotora de bienestar de la localidad Antonio Nariño, Martires y 7 IED localidad Rafael uribe de manera que cumplan con los criterios tecnicos

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	83558184	OPERADOR:	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/02/2025	$ 179.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	13/02/2025	$ 229.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/02/2025	$ 34.900
OTRO:	N/A	#N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 443.000

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

JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 53.010.614
CEL: 3156956414

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-IA-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/02/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN**	**CC:**	53.010.614
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	anie.mdfin83@Hotmail.com	**TELÉFONO:**	3156956414
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 63 # 17-17 sur	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.

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:	**BANCOLOMBIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**10815796077**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 4275 2025**	**Nº CDP:**	**111**	**Nº. RP:**	**9975**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **CUARENTA Y OCHO (48) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**21/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**7/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES :** **$ 4.395.450**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	**$**					**2.747.156**
	DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

NOMBRE: JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN
CC 53.010.614
CEL 3156956414

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 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	JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.010.614

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO TERRITORIAL 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 CONVENIO 6591670/2024 SED

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4905 2024		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.395.450				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.395.450		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.747.156
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	9975	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	111
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUARENTA Y OCHO (48) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	83558184		OPERADOR:		MI PLANILLA
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	ADICION (0)	PRORROGA (0)

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 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 DEL 01/02/2025 AL 28/02/2025

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: SANDRA LILIANA GUERRERO PALACIO PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO GRADO 27

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53010614	JENNY ANDREA ORDOÑEZ MARIN		calle 63 bsur#17-17	2648442	anje.marin83@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	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	
2024-12	2024-12	I	07/01/2025	82831246	$402.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0		0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	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										
14-11	ARL SURA	800903790-5	31.700				31.700		0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	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	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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