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

LINA FERNANDA VARGAS PINEDA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.013.651.157		
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 4277 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:**	9977	**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 especificas del contrato realizadas durante el mes)
1	Se brinda apoyo tecnico al personal de las IED en las localidades Santa Fe, La Candelaria 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
2	Se participa en los procesos de capacitacion efectuados para diligenciar las nuevas herramientas enviadas por la SED , el dia 08 de febrero 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 Santa Fe, La Candelaria 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 la localidad San Fe, La Candelaria para el mes de febrero los dias 04-05-24 .
5	Se realiza acompañamiento en mesa de trabajo en aras con los Rectores de cada institución para las acciones que se realizo el dia 19 de frebrero del 2025 con relación a los apoyos de articulación para los tema svarios aceca del convenio, PBE y de todos los estudiantes localidad de Santa Fe, La Candelaria
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 Santa Fe y la Candelaria 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 Candelaria, Santa Fe. Aulas colombianas, el verjon, jorge soto, integrada la candelaria, escuela ancional de comercio
10	Se realiza recepcion de cuentas de cobro el dia 18 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 Santa Fe, La Candelaria
12	se verifican evidencias los dias 3,10,17,24 de febrero el cumplimiento de actividades de cada promotora de bienestar de la localidad Santa Fe, La Candelaria de manera que cumplan con los criterios tecnicos
13	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1069221084	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	11/02/2,025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/02/2,025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2,025	$ 34.700
OTRO	N/A	#N/A	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 440.500

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 período correspondiente

LINA FERNANDA VARGAS PINEDA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.013.651.157
CEL: 3138318921

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:	**LINA FERNANDA VARGAS PINEDA**	**CC:**	1.013.651.157
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	linadafer_94@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3138318921
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 58b bis sur # 22b-23 casa 3	**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:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	0550488425778005

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

N° DEL CONTRATO:	**PS 4277 2025**	**N° CDP:**	**111**	**N°. RP:**	**9977**	**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 (LETRASY NUMEROS)	$ 2.747.156					
	DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

NOMBRE: LINA FERNANDA VARGAS PINEDA
CC 1.013.651.157
CEL 3138318921

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			**LINA FERNANDA VARGAS PINEDA**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**1.013.651.157**		
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 4907 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:**	**9977**	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	**111**
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUARENTA Y OCHO (48) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069221084		**OPERADOR:**	SIMPLE	
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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 06:45:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069221084

Periodo Cotización: enero de 2025 **Periodo Servicio:** enero de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823543171

PAGADO 11/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA		
Documento	CC1013651157	**Dirección**	CL 58B #22 B - 23 CS 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138318921
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 del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	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 Mintrabajo	Total
CC 1013651157	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA	58	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.