

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION			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						
CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.000.383.375		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 5175 2024		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5.330.760		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.526.321		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 1.199.421
Nº DE INFORME:			6	Nº CRP:	44703	Nº CDP:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) 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:		3	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	3	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		\$ 1.199.421	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN:	49654
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	4120	CRP DE LA ADICIÓN:	50761
VALOR ADICIONADO		\$ 3.998.070	CDP DE LA ADICIÓN:	46	CRP DE LA ADICIÓN:	7725
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	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE DEL 10 AL 31 2024					
2	REALIZAR 15 IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE					
3	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS ÉTNICOS DIFERENCIALES.					
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO ARONI					
5	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.					
6	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.					
7	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA					
8	REALIZAR EVALUACION CON LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL PS PIC					
9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL					
10	ENTREGA DE SOPORTES DE LAS ACCIONES REALIZADAS					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		1070366531		OPERADOR:		SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		FAMILANAR		12/02/2025		\$ 198.000
PENSIÓN:		COLPENSIONES		12/02/2025		\$ 253.500
RIESGOS LABORALES:		SURA		12/02/2025		\$ 38.600
OTRO						
TOTAL PAGADO						\$ 490.100
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 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, rui) 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro. 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión el 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						
						
CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.000.383.375 CEL: 3123273903						

 SECRETARÍA DE SALUD Subsecretaría 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: 28/2/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:		CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA			CC:	1.000.383.375
CORREO ELECTRÓNICO:		cvenegas75@uan.edu.co			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 78 70A 32			TELÉFONO:	3123273903
					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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91273256437
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 5175 2024	Nº CDP:	46	NºCRP:	7728	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/02/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 14.526.321	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 1.199.421 UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
Camila Venegas Varela NOMBRE: CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA CC 1.000.383.375 CEL 3123273903						



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
 APOYO - GESTION DE CONTRATACION
 FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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	CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.000.383.375

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5175 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.330.760		

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 14.526.321	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.199.421
--	---------------	---	--------------

Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44703	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
--------------------------	---	-----------------	-------	-----------------------------	------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
---	---------------------------------------

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1070366531	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 (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	\$ 1.199.421	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49654	TIEMPO	NUEVE (9) DIAS
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50761	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 3.998.070	CDP DE LA	46	RP DE LA		TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

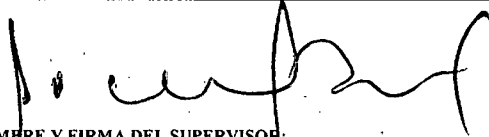
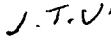
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

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 01/02/2025 AL 09/02/2025

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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR





PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-12, 08:10:35 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1070366531

Periodo Cotización: enero de 2025

Periodo Servicio: enero de 2025

PAGADO 12/02/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA		
Documento	CC1000383375	Dirección	CL 78 #70 A - 32
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6018280795
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	IBD	IBS	IBT	IBD	IBS	IBT	IBD	IBS	IBT	IBD	IBS	IBT	IBD	IBS	IBT	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 1001283375	CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA	SA	D1																(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.583.780	\$ 253.500	(EPS-017) FAMILIAR EPS	\$ 1.583.780	\$ 198.000	2.426	\$ 1.583.780	\$ 28.000	(ARL-CC) ARL SURA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 490.100

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, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.583.780	\$ 1.583.780	\$ 1.583.780	\$ 0	\$ 253.500	\$ 198.000	\$ 28.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 490.100	\$ 0	\$ 490.100



Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de Seguridad Social

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
SIMPLE OI

Fecha de solicitud
12 de febrero de 2025

CUS
1260972455

Referencia Nequi
M2512836

¿Cuánto?
\$ 490.100,00

Valor de los impuestos
\$ 0,00

Número de referencia 1
10.0.19.58

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1000383375

Factura de comercio
1070366531

Tu plata salió de:



Disponible