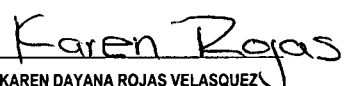
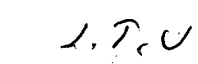


 Ministerio de Salud Subsecretaría de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.000.252.675
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ETNICO 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 5345 2024	FECHA INICIO CONTRATO 24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 489.401
Nº DE INFORME:	6	Nº CRP: 44656 N° CDP: 3662
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 3
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA ADICIÓN: 4053 CRP DE LA ADICIÓN: 49568 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 4120 CRP DE LA ADICIÓN: 50704 TIEMPO PRORROGADO: UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA ADICIÓN: 46 CRP DE LA ADICIÓN: 7672 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 DESARROLLAR ACCIONES POR MEDIO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA QUE YA SEAN A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO DE ACUERDO CON INTERVENCIONES ESPECIFICAS PARA EL PRODUCTO 37 Y 38	
2	REALIZAR Y ACTUALIZAR CRONOGRAMAS CON LAS ACTIVIDADES HABITUALES	
3	PRESENTAR SOPORTES QUE JUSTIFIQUEN LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR	
4	DESARROLLAR ACCIONES DE MANERA EFECTIVA Y CON CALIDAD PARA APUNTAR AL MEJORAMIENTO TENIENDO EN MENTE LAS CONSIGNAS QUE DAN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR	
5	DESARROLLAR LECTURA Y APROPIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO OPERATIVO DE LA ACCION INTEGRADA DE EQUIPO BÁSICO EXTRAMURAL HOGAR	
6	DESARROLLAR ACCIONES A PARTIR DE LOS RIESGOS DE IDENTIFICACION DE LA POBLACIÓN EMBERA CONFORME EN LOS ANEXOS Y ALINEAMIENTOS QUE HACEN PARTE DE LA RELACION DE LA SUBRED	
7	REALIZAR EVALUACION DE LA COMUNIDAD E INSTITUCIONES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA ESPACIO PROCESO TRANSVERSAL	
8	REALIZAR NOTIFICACION Y ACTIVACIÓN DE RUTAS	
9	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL	
10	REALIZAR ACTIVIDADES COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DEL PLAN DE INTERVENCION COLECTIVA SEGUN REQUERIMIENTO DEL SUPERVISOR	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
Nº DE PLANILLA:	1069330057	OPERADOR: SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	08/02/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	08/02/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	08/02/2025 \$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	08/02/2025 \$ 28.500
TOTAL PAGADO		\$ 469.000
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut) 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 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		
 KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.000.252.675 CEL: 322498592		

 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: 28/2/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ			CC:	1.000.252.675
CORREO ELECTRÓNICO:	k.dayana.rojas0208@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 52 70 21 SUR			TELÉFONO:	322498592
				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.					
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:	55048842120725
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	P5 5345 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44656
					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 : \$ 8.939.359
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 489.401 CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS UN PESOS M/CTE				
 NOMBRE: KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ CC 1.000.252.675 CEL 322498592					

	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-1A-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		KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.000.252.675		
I. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ETNICO 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 5345 2024	FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.280.499			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.939.359	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 489.401	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	6	Nº CRP INICIAL:	44656	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:	1069330057	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)
VALOR ADICIONADO	\$ 738.112	CDP DE LA	4053	RP DE LA 49568
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	4120	RP DE LA 50704
VALOR ADICIONADO	\$ 2.460.374	CDP DE LA	46	RP DE LA 7672
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 cláusula "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		

Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-10, 04:16:02 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1068330057

Período Cotización: enero de 2025

Período Servicio: enero de 2025

Referencia pago (PIN): 8865176930

PAGADO: 08/02/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN DAYANA ROJAS VELASQUEZ		
Documento	CC1000252675	Dirección	TV 52 SUR #70 - 21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3222498592
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novidades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total		
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	NO	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	RENTA	Administradores	IBC Pensión	Aportes Pensión	Administradores	IBC Salud	Aportes Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aportes Riesgos	Administradores	IBC Cajas	Aportes Cajas	Aportes ESAP	Aportes ICBF	ESAP	Aportes Ministerio	Total
CC 1000252675	KAREN DAYANA ROJAS	20	00															\$ 1.423.500	\$ 227.800	(CP2002) EPS BANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,0%	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CP214) COMPLEMENTAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes ESAP	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUSYOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 0	\$ 469.000

Líneas de Servicio Fonosimple: Bogotá 601 4446634 - Cell: 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)

Página 1 de 1

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!