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					
WENDY NATALY BOSSA AGUILERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.022.995.909		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4435 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**27/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 3.619.807**	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y DOCE (12) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 3.619.807**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$ 2.585.577**
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	10148	**N° CDP:**	248
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DOCE (12) 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 MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	N/A	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**(NUMERO)**	**PRORROGAS**	**(NUMERO)**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

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	Reporte de casos a vigilancia epidemiologica Tecnico San Cristobal Sur (Ied)
2	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia del mes de febrero
3	Se da cumplimiento al desarrollo de Acciones pedagogicas para prevencion de enfermedades transmisibles con temas Actividad fisica, movilidad segura, alimentacion saludable, prevencion de accientes y PyP, para el mes de febrero.
4	Acompañamiento y orientar al equipo de docentes de las instituciones educativas el directorio de OCE
5	Se da cumplimiento al desarrollo de Acciones pedagógicas para promoción de estilos de vida saludables con temas Cuidados básicos en la actividad física, Juegos tradicionales, Movimientos multiarticulares, comportamiento en salidas pedagógicas, Señales corporales en bicicleta, Pérdida y desperdicios de alimentos, Etiquetado nutricional para el mes de febrero.
6	Se realiza apoyo a la campaña De Obesidad y Sobrepeso según demanda
7	Se participa en los espacios de comités de riesgo escolar convocados por las IED a demanda.
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
9	Apoyo a la atención de 20 casos de primer respondientes para el mes de Febrero
10	Para el mes de febrero el cumplimiento es de 85 actividades
11	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED
12	Se ntrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de Febrero
13	Se participar en la reunión de capacitación de la Direccion de Bienestar Estudiantil del 8 de febrero en el Caps de la primera de mayo

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9480547144/9482311982**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/02/2025-27/02/2025	$ 178.900
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/02/2025-27/02/2025	$ 228.900
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/02/2025-27/02/2025	$ 35.300
OTRO	CAJA COMPENSAR	12/02/2025-27/02/2025	$ 28.700
	TOTAL PAGADO		**$ 471.800**

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

WENDY NATALY BOSSA AGUILERA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.022.995.909

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:	**WENDY NATALY BOSSA AGUILERA**	**CC:**	1.022.995.909
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	wnatalyba05@gmail.com	**TELÉFONO:**	3228947956
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Carrera 11b# 17-51 Sur	**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 titulo 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 articulos 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:	**BANCO CAJA SOCIAL**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24077287168**

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4435 2025	**N° CDP:**	**248**	**N°. RP:**	**10148**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y DOCE (12) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**27/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**7/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 3.619.807**
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)	**$ 2.585.577**					
	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					

NOMBRE: WENDY NATALY BOSSA AGUILERA
CC 1.022.995.909
CEL 3228947956

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	WENDY NATALY BOSSA AGUILERA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.022.995.909

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 CONVENIO 6591670/2024 SED

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4435 2025		FECHA INICIO CONTRATO		27/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.619.807				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 3.619.807		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.585.577
N° PAGO / N° DE INFORME:	2	N° CRP INICIAL:	10148	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	248
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y DOCE (12) DIAS				

N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9480547144/9482311982	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
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:	N° ( )	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	CDP DE LA		RP DE LA		TIEMPO	(MESES O DIAS)

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022995909		BOSSA AGUILERA WENDY NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 11b # 17 51 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4027923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	42384928	9480547144	1	2025/02/05	2025/02/12	BANCO DE OCCIDENTE	7	$436,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$1,100	$0	$228,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$200	$0	$28,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$200	$0	$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$434,300	$2,200	$0	$436,500

2025/02/13 12:54 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022995909		BOSSA AGUILERA WENDY NATALY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 11b # 17 51 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4027923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1295505189	9482311982	N	2025/02/05	2025/02/27	NEQUI	22	$35,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$600	$0	$35,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$600	$0	$35,300
TOTAL				**1**	**$34,700**	**$600**	**$0**	**$35,300**

2025/02/27 08:59 AM