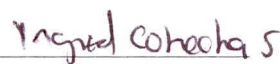


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION			CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
INGRID STELLA COHECHA SABOGA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				1.022.989.344		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5314 2024		FECHA INICIO CONTRATO		23/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$	3.280.499	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (1) MES Y (10) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$	4.018.611	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 738.112
Nº DE INFORME:		3		Nº CRP:	44630	Nº CDP: 3.662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MES Y (10) 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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	
VALOR ADICIONADO		\$	738.112	CDP DE LA ADICIÓN:	4053	CRP DE LA ADICIÓN: 44630
				PRORROGAS	1	
				TIEMPO PRORROGADO:	NUEVE(9) DIAS	
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 ATENCIÓN INICIAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS					
2	PRESENTAR EL CRONOGRAMA ACTUALIZADO DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
3	REALIZAR ACCIONES EXTRAMURALES A LA POBLACION ASIGNADA A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVO DESDE EL PERIF. TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS					
4	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD Y DE SANEAMIENTO AMBIENTAL A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVO DESDE EL PERIF. TÉCNICO Y CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS					
5	DILIGENCIAR DIARIAMENTE APLICATIVO EN LINEA CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA MAS BIENESTAR					
6	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE LAS INTERVENCIONES					
7	ORGANIZAR Y ENTREGAR EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD					
8	ASISTIR A FORTALECIMIENTOS Y REUNIÓN MENSUAL PROGRAMADAS POR EL PRODUCTO DE ABORDAJE TERRITORIAL					
9	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS DE ACUERDO A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COLECTIVO					
10	ENTREGAR COMPLETAMENTE LA META A LA PRODUCTIVIDAD ASIGNADA					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		1067831736		OPERADOR:		SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		FAMISANAR		09/12/2024		\$ 162.500
PENSIÓN:		PORVENIR		09/12/2024		\$ 208.000
RIESGOS LABORALES:		SURA		09/12/2024		\$ 31.700
OTRO		CCF COLSUBSIDIO		09/12/2024		\$ 26.000
TOTAL PAGADO						\$ 428.200
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 íbc se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el íbc sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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						
						
INGRID STELLA COHECHA SABOGA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.022.989.344 CEL: 3106736837						

		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:	INGRID STELLA COHECHA SABOGA			CC:	1.022.989.344	
CORREO ELECTRÓNICO:	landcohecha@gmail.com			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90D SUR 2B ESTE 18			TELÉFONO:	3106736837	
				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				()		
<p>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.</p>						
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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						550488445781617
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 5314 2024	Nº CDP:	4053	NºCRP:	44630	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/10/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	9/12/2024		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	
					S 4.018.611	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/12/2024 AL 09/12/2024					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 738.112					
	SETECIENTOS TREINTA Y OCHO MIL CIENTO DOCE PESOS M/CTE					
						
NOMBRE:	INGRID STELLA COHECHA SABOGA					
CC	1.022.989.344					
CEL	3106736837					



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 INGRID STELLA COHECHA SABOGA

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.022.989.344

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 5314 2024 FECHA INICIO CONTRATO 23/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 3.280.499

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 4.018.611 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 738.112

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 3 Nº CRP INICIAL: Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 3662

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS UN (1) MES Y (10) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: 1067831736 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 (1) TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRORROGA): ADICION (1) PRORROGA (1)
 VALOR ADICIONADO \$ 738.112 CDP DE LA 4053 RP DE LA 44630 TIEMPO NUEVE (9) DIAS

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

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 1/12/2024 AL 09/12/2024

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: 2025-01-17, 02:48:23 P. M.

Tipo Planilla:

I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1067831736

Periodo Cotización:

noviembre de 2024

Periodo Servicio:

noviembre de 2024

Referencia pago

8822580664

PAGADA 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INDRID STELLA COHECHA SABOGAL		
Documento	CC1022989344	Dirección	CR 10 ESTE 85 A 32 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3106736837
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 Afiliado				Novidades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	DE	TOP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VPT	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCE	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 1022989344	INDRID STELLA COHECHA SABOGAL	59	0														0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$1.300.000	\$208.000	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$1.300.000	\$162.500	2.436	\$1.300.000	\$31.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$1.300.000	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$428.200

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	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$1.300.000	\$208.000	\$162.500	\$31.700	\$26.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$428.200	\$0	\$428.200