| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077<br>VERSIÓN: 2<br>FECHA: 2024-09-16 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y | | | | | | |
| HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 1.012.369.117 | | | |
| 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 4364 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: | $ 8.101.475 | | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | | $ 2.585.577 |
| Nº DE INFORME: | 3 | Nº CRP: | 10080 | Nº CDP: | | 248 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO *INCLUIDO PRORROGAS* | TRES (3) MESES Y SEIS (6) 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**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: | 1 | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | 1 | PRORROGAS | 1 | |
| VALOR ADICIONADO | $ 4.481.668 | CDP DE LA ADICIÓN: | 826 | CRP DE LA ADICIÓN: | 11469 | TIEMPO PRORROGADO: | UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) 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 especificas del contrato realizadas durante el mes)

| ITEM | |
|---|---|
| 1 | Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Liceo Nacional Antonia Santos |
| 2 | Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED |
| 3 | Asistencia a reunion el dia 12 marzo en IED para retroalimentacion en el manejo de herramientas del programa , presentacion coordinadora |
| 4 | Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, lineas pedagógicas en cada una de las IED asignadas |
| 5 | Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal |
| 6 | Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED |
| 7 | Se entrega en la institución educativo informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de marzo |
| 8 | Para el mes de marzo el cumplimiento es de 85 actividades |
| 9 | Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda. |
| 10 | 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 |
| 11 | se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda |
| 12 | Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de Marzo |

**V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| No. DE PLANILLA: | 1071053553 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 10/03/2025 | $ 178.000,00 |
| PENSIÓN: | PROTECCION | 10/03/2025 | $ 227.800,00 |
| RIESGOS LABORALES: | SURA | 10/03/2025 | $ 34.700,00 |
| OTRO | N/A | N/A | $ - |
| TOTAL PAGADO | | | $ 440.500,00 |

**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 periodo correspondiente

Heydis Caballero Sanchez.

**HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ**
**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
**CC: 1.012.369.117**
**CEL: 3003151047**

| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-014<br>VERSIÓN: 6<br>FECHA: 2024-09-16 |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

**FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ | CC:<br>RUT (NIT): | 1.012.369.117 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | rhys2631@gmail.com | TELÉFONO: | 3003151047 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | CL 54 C SUR 88 I 71 | 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: | DAVIVIENDA | | | | |
| NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE) | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | Nº CUENTA: | 0570003970750828 |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 4364 2025 | Nº CDP: | 826 | Nº. RP: | 11469 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 27/01/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 30/04/2025 | | VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 8.101.475 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025 | | | | | |
| VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS) | $ 2.585.577 | | | | | |
| | DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE | | | | | |

Heydis Caballero Sanchez

NOMBRE: HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ
CC 1.012.369.117
CEL 3003151047

| | | |
|---|---|---|
| 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**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | | | **HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **1.012.369.117** | | |
| **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 4364 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | **27/01/2025** | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$** | | | | 3.619.807 |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$** 8.101.475 | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$** | 2.585.577 |
| **Nº PAGO / Nº DE INFORME:** | 3 | **Nº CRP INICIAL:** 10080 | **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 248 | |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS | | | | |
| **Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1071053553 | | **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** | | | | | |
| **Nº DE MODIFICACIÓN:** | Nº (1 ) | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | ADICION ( 1 ) | PRORROGA ( 1 ) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 4.481.668 | **CDP DE LA** 826 | **RP DE LA** 11969 | **TIEMPO** | UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) 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 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 **DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025**

| | |
|---|---|
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** |
| | **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS**<br>**PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024** |

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2025-03-10, 11:33:17 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1071053553

**Periodo Cotización** 202502 **Periodo Servicio** 202502

**Cliente:**

## PAGADA 2025-03-10

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ | | | | |
| **Documento** | CC 1012369117 | **Dirección** | CL 12A #71 C - 61 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3003151047 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1012369117 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | CABALLERO SANCHEZ HEYDIS PAOLA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | | Código AFP | Código Trasl. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trasl. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.423.500 | 230201 | | 15 % | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.423.500 | $ 178.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,435 % | $ 1.423.500 | $ 34.700 | NN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 227.800 | $ 0 | $ 0 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 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!