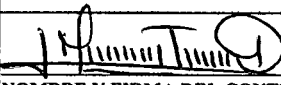
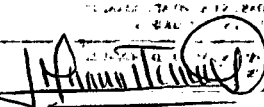
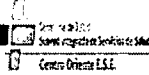
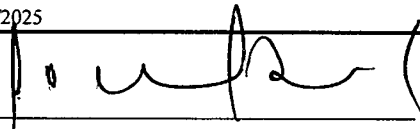
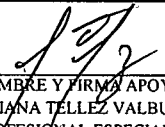
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
MARISEL TIRADO DUARTE		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.032.389.280
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 4632 2025
FECHA INICIO CONTRATO		08/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.084.546	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.084.546	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
		\$ 2.460.264
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:
		10706
Nº CDP:	478	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN
		ADICIONES
		0
PRORROGAS		0
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO	CDP DE LA ADICIÓN:	
		CRP DE LA ADICIÓN:
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 actividades específicas realizadas durante el mes)		
ÍTEM		
1	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIONES A 24 FAMILIAS A QUIENES SE LES REALIZA VISITAS EN LAS LOCALIDADES, SAN CRISTOBAL Y RAFAEL URIBE URIBE . SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA	
2	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DIARIO DE ACTIVIDADES EN CAMPO ASI COMO DE ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR PARTE DE SECRETARIA DE SALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR DE LAS CUALES HAY EVIDENCIA CON LISTADO DE AISTENCIA	
3	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES	
4	SE PARTICIPA DE ASISTENCIA TECNICA A TODAS LAS QUE SEAN PROGRAMADAS DURANTE EL PERIODO	
5	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS DE LAS SESIONES REALIZADAS EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES	
6	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES	
7	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DIARIO DE ACTIVIDADES EN CAMPO ASI COMO DE ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR PARTE DE SECRETARIA DE SALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR DE LAS CUALES HAY EVIDENCIA CON LISTADO DE AISTENCIA	
8	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIONES A 24 FAMILIAS A QUIENES SE LES REALIZA VISITAS EN LAS LOCALIDADES, SAN CRISTOBAL Y RAFAEL URIBE URIBE , SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA	
9	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS DE LAS SESIONES REALIZADAS EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES	
10	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS DE LAS SESIONES REALIZADAS EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1071025648	OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO		FECHA DE PAGO
ENTIDAD		VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	08/03/2025
PENSIÓN:	PORVENIR	08/03/2025
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	08/03/2025
OTRO		
TOTAL PAGADO		\$ 308.400
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 calculó sobre el 40% de los ingresos canceados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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		
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARISEL TIRADO DUARTE		
CC: 1.032.389.280		
CEL 3213874404		

 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARISEL TIRADO DUARTE	CC:	1.032.389.280
CORREO ELECTRÓNICO:	marisel180573@gmail.com	RUT (NIT):	1.032.389.280
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 36 17 33 TO 10 AP 502	TELÉFONO:	3213874404
		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.			
Régimen 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	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR: BANCO DAVIVIENDA		NO (X) SI ()	
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 2100121769
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4632 2025	Nº CDP:	1478
		Nº CRP:	10706
FECHA DE INICIO CONTRATO	08/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	09/04/2025
		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.084.546
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.460.264		
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS		
			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARISEL TIRADO DUARTE			
CC:	1.032.389.280	CEL:	3213874404

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
NOMBRE DEL CONTRATISTA			MARISEL TIRADO DUARTE		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1,032,389,280		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 4632 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				08/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 5,084,546			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 5,084,546		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2,460,264	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2 de 2		Nº CRP INICIAL: 10706 N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 478	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071025648		OPERADOR: SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN: TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA 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 descuentos 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo 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: 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: 2025-03-10, 04:22:33 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071025648

Periodo Cotización: febrero de 2025

Periodo Servicio: febrero de 2025

Referencia pago (PIN): 8822972322

PAGADO 08/03/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARISEL TIRADO DUARTE	Dirección	CRA 80 I BIS # 63 F- 23 SUR
Documento	CC1032389280	Teléfono	7822165
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	SEGUROS BOLIVAR
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	GOR	VST	SA	LA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte BENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1032389280	MARISEL TIRADO DUARTE	56	00	X															21	21	21	0	(230301) PORVENIR	\$ 996.450	\$ 159.500	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 996.450	\$ 124.600	2.435	\$ 996.450	\$ 24.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 308.400

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) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 996.450	\$ 996.450	\$ 996.450	\$ 0	\$ 159.500	\$ 124.600	\$ 24.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 308.400	\$ 0	\$ 308.400



¡Hola, MARISEL TIRADO DUARTE!

**Gracias por utilizar los servicios de BANCO
DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de
tu transacción:**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 1322812190

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS
ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8822972322-202502-387490.

idTrans:387490

Valor de la Transacción: \$ 308.400 /

Fecha de Transacción: 08/03/2025
