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

BETSY LILIANA VARGAS RODRIGUEZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	**1.023.974.848**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1496 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**		2/01/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 11.680.200	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.893.400
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	6155	**N° CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	1SC HOSPITAL SANTA CLARA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**				

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:**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**
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:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A	
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A	

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	Para dar desarrollo a las funciones de este mes, se llevaron acabo asistencia técnica a la formas de participación social(veeduría PSPIC, veeduria PIL) dando desarrollo al cronograma mensual.
2	Para dar desarrollo a las funciones de este mes, se llevaron acabo asistencia técnica a la formas de participación social(veeduría PSPIC, veeduria PIL dando desarrollo al cronograma mensual.
3	Durante el mes se realizaron convocatorias a los lideres de las formas de participaójn en las Veeurías Ciudadanas
4	Para dar cumplimiento se desarrolluron durunte el mes proceso de actualización de cronogramas para el desarrollo de las actividade de la veeduría PSPIC veeduría PIL.
5	Para dar desarrollo a las funciones de este mes, se llevaron acabo asistencia técnica a la formas de participación social(veeduría PSPIC Y veeduria PIL) dando desarrollo al cronograma mensual.
6	Se realiza acompañamiento de manera oportuno a la mesa de dialogo de las veedurías y articulación del desarrollo de la mesa de dialogo junto con el fortalecimiento.
7	Se realiza convocatoria a los veedores y lideres para que participen en diferentes actividades que proporciona el marco del modelo.
8	Dar cumplimiento a asistir o realizar las capacitaciónes de que ofrece la Subred Integrada de Servicios de la salud Centro Oriente. E.S.E a las formas de participación.

9	Con el fin de cumplir con las actividades se Brinda asistencia técnica a las veeduría de la Subred Integrada de Servicios de la salud Centro Oriente. E.S.E.
10	Desarrollar asistencias técnicas y capacitaciónes permantes en las Veedurías ciudadanas en la Subred de Servicios de la salud Centro Oriente.E.S.E
11	Asistir a las reuniones que ofrece la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
12	Acompañar los subprocesos de la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.
13	Establecer cronograma de Actividades a realizar con el cronogrmama mensual.
14	Se cumple portando visiblemente el canet
15	Se cumple con las demandas de las actividades asistencias asignadas que se encuentren presentes en el contrato actual, contenidas en el formato de necesidad personal que hace parte integras del resente contrato.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	**9482980044**	**OPERADOR:**	**APORTES EN LINEA**

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	EPS SURA	10/03/2025	$ 194.700
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	10/03/2025	$ 249.200
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	10/03/2025	$ 38.000
OTRO	COMPENSAR	10/03/2025	$ 31.200
TOTAL PAGADO			$ 513.100

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 período correspondiente



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Betsy Liliana Vargas Rodriguez
CC:1023974848
CEL:3213210586

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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**Betsy Liliana Vargas Rodriguez**	**CC:**	**1023974848**
		RUT (NIT):	1023974848-2
CORREO ELECTRÓNICO:	merlina.damss.01@gmail.com	**TELÉFONO:**	3213210586
DIRECCIÓN DOMICILIO:	carrera3 a #2 b37	**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

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:	**SCOTIABANK COLPATRIA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)	**N/A**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**Nº CUENTA:**	**0622010870**

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

Nº DEL CONTRATO:	**PS 1496 2025**	**Nº CDP:**	**2**	**Nº. RP:**	**6155**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2/01/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**31/03/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 11.680.200**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**01/03/2025 AL 31/03/2025**					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	**$**					**3.893.400**
	TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS.					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Betsy Liliana Vargas Rodriguez
C.C 1023974848
CEL: 3213210586

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 SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA	**Betsy Liliana Vargas Rodriguez**
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**1.023.974.848**

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN CIENCIAS SOCIALES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		**PS 1496 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**	**2/01/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$			11.680.200
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	3.893.400
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 DE 3	**Nº CRP INICIAL:**	6155	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9482980044		**OPERADOR:**	Aportes en linea
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		Ofina de participación y servicio al ciudadano.			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		1SC HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		**SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ JEFE DE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO**			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº ( )	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICION ( )	PRORROGA ( )
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ -	**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
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)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	XX
N° DE PÓLIZA:	N/A		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A		ACTO ADMINISTRATIVO DE		N/A

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?		N/A
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:
Dra. SHIRLEY JANETH TORRES RODRÍGUEZ
CARGO: JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
MARTHA PATRICIA CARDENAS CARDENAS
PERFIL:
TECNICA ADMINISTRATIVAS

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023974848		VARGAS RODRIGUEZ BETSY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr3 a #2 b37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5758226	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1326270936	9482980044	I	2025/03/12	2025/03/10	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$513,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360		$38,000		$0	$0		$513,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360		$38,000		$0	$0		$513,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360		$38,000		$0	$0		$513,100
1	CC	1023974848	VARGAS BETSY																	23020 1	30	$1,557,360	$249,200	EPS010	30	$1,557,360	$194,700	CCF24	30	$1,557,360	$31,200	14-11	30	$1,557,360	2.436%	$38,000	30	$0	$0	No	$513,100
Total	**Afiliados(1)**																					$1,557,360	$249,200			$1,557,360	$194,700			$1,557,360	$31,200			$1,557,360		$38,000		$0	$0		$513,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023974848		VARGAS RODRIGUEZ BETSY LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carr3 a #2 b37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5758226	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1326270936	9482980044	I	2025/03/12	2025/03/10	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$513,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,200	$0	$0	$249,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$249,200	$0	$0	$249,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,000	$0	$0	$38,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$38,000	$0	$0	$38,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,200	$0	$0	$31,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,200	$0	$0	$31,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,700	$0	$0	$194,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$194,700	$0	$0	$194,700
TOTAL				1	$513,100	$0	$0	$513,100