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

LINA FERNANDA VARGAS PINEDA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.013.651.157				
OBJETO DEL CONTRATO:	1013651157				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4277 2025**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**21/1/2025**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 4.395.450	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y DIECIOCHO (18) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 9.157.186		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 2.747.156
Nº DE INFORME:	4	**Nº CRP:**	9977	**Nº CDP:**	111
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES 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

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	No 1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	**ADICIÓN 1**	**PRORROGAS**	**PRORROGA 1**	
VALOR ADICIONADO	**$** 4.761.736	**CDP DE LA ADICIÓN:**	826	**CRP DE LA ADICIÓN:**	11459	**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:**		

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	se verifican evidencis de los dias 07,21,28 de abril el cumplimiento de actividades de cada promotora de bienestar de las localidades Santa Fe, La Candelaria y San Cristobal de manera que cumplan con los criterios tecnicos.
2	se realiza apoyo en la verificacion del cronograma de actividades de los inetgrantes del equipo Santafe, la candelaria san cristobal
3	se realiza recepcion de cuentas de cobro el dia 11 de abril en Caps 1 de mayo al personal, validando que los soportes de seguridad de necesidad personal que hace parte del proceso integral del rpesente contrato en la localidad de santafe , la candelaria, san cristobal
4	Acompañamiento a las IED con el fin de verificar los procesos desarrollados por las promotoras de bienestar contenidas en el formato de necesidad personal que
5	Entrega de informe mensual de las localidades Candelaria Santafe San cristobal de las actividades desarrolladas en el marco del obejto contractual
6	Apoyar y orientar la adecuada implementacion de los protocolos establecidos por el ministerio de salud y el ministerio de educacion Nacional
7	Recibir informacion de las DBE y SED desplegarlos con las promotoras y a su vez con la comunidad educativa, garantizando la ejecucion continua y eficiente
8	Se brinda apoyo tecnicoal pesonal de las IED en las localidades de Santa Fe, Candelaria San cristobal para desarrollar las actividades de la promocion de estilos
9	se participa en los procesos de capacitacion efectuados para diligenciar las nuevas herramientas enviadas por la SED para facilitar el desarrollo de sus actividades a nivel local 10 de abril
10	recopilar informacion derivada del acompañamiento realizado por el personal ded las IED en las localidades Santa fe Candelaria San cristobal con relacion a las actividades para la promocion de estilos de vida saludable prevencion y mitigacion de contagio de enfermdedades en el mes de abil
11	se presenta oportunamente a la Direccion del bienestar Estudiantil, los informes de avance de localidades de Santa fe, Candelaria, San cristobal.
12	se realiza acompanamiento en mesa de trabajo con los coordinadores de cada institucion para las acciones que se adelantaran para el año 2025con relacion a apoyar y orientar la adecuada implementacion de los protocolos establecidos por el ministerio de Salud Y Educacion.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071069591	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	**SALUD TOTAL**	9/04/2025	**$** 178.000
PENSIÓN:	**PORVENIR**	9/04/2025	**$** 227.800
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	9/04/2025	**$** 34.700
OTRO	**N/A**	9/04/2025	**$** -
	TOTAL PAGADO		**$ 440.500**

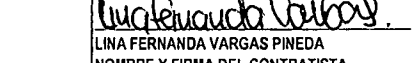
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

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 período correspondiente



LINA FERNANDA VARGAS PINEDA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 1.013.651.157
CEL: 3138318921

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: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA	CC: RUT (NIT):	1.013.651.157
CORREO ELECTRÓNICO:	linadafer_94@hotmail.com	TELÉFONO:	3138318921
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Calle 58b bis sur # 22b-23 casa 3	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.

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	N° CUENTA:	0550488425778005

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4277 2025	N° CDP:	826	N°. RP:	11459	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONRATO INCLUDO ADICIONES : $ 9.157.186
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 2.747.156					
	DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE					

Lina Fernanda Vargas

NOMBRE: LINA FERNANDA VARGAS PINEDA
CC 1.013.651.157
CEL 3138318921

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 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.013.651.157

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO TERRITORIAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN 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 4277 2025		FECHA INICIO CONTRATO		21/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.395.450				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 9.157.186		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 2.747.156
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	4	Nº CRP INICIAL:	9977	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	111
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DOCE (12) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071069591		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):				ADICIÓN 1	PRORROGA 1
VALOR ADICIONADO	$ 4.761.736	CDP DE LA ADICIÓN:	826	RP DE LA ADICIÓN:	11459	TIEMPO PRORROGADO:	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		

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 articulo 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 01/04/2025 AL 30/04/2025

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: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-09, 08:36:00 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1071069591

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago (PIN): 8823543171

PAGADO 09/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA		
Documento	CC1013651157	Dirección	CL 58B #22 B - 23 CS 3
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3138318921
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 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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	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 SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013651157	LINA FERNANDA VARGAS PINEDA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.