| | | |
|---|---|---|
| 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 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 | | | | | | |
| ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA | | | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD: | | | 51.920.623 | | | |
| 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 4358 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: | $ 2.327.819 | | |
| Nº DE INFORME: | 4 | Nº CRP: | 10074 | 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: | No (1) | TIPO DE MODIFICACIÓN | ADICIÓNES | ADICION (1) | PRORROGAS | PRORROGA (1) | |
| VALOR ADICIONADO | $ 4.481.668 | CDP DE LA ADICIÓN: | 826 | CRP DE LA ADICIÓN: | 11463 | 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 | Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Veinte De Julio |
| 2 | Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED |
| 3 | Se realiza actividades de promocion y prevencion identificación oportuna de signos de alarma. ante picos respiratorios IRA. ERA. COVID 19 donde se promueve el lavado de manos. uso de tapabocas en la comunidad educativa |
| 4 | Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas. reporte encuesta de satisfaccion y encuesta de bicicloruta. Se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal |
| 5 | Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares conforme a lo establecido en el articulo 131 del Código Penal Colombiano y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED |
| 6 | Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de abril |
| 7 | Para el mes de abril el cumplimiento es de 85 actividades |
| 8 | Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda. |
| 9 | 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 |
| 10 | se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda |
| 11 | Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de abril |
| 12 | () |

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

| No. DE PLANILLA: | 107108230 | OPERADOR: | SIMPLE | |
|---|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO | |
| SALUD: | FAMISANAR | 9/04/2025 | $ | 178.000,00 |
| PENSIÓN: | PORVENIR | 9/04/2025 | $ | 227.800,00 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 9/04/2025 | $ | 34.700,00 |
| OTRO | MORA SIMPLE | 9/04/2025 | $ | 700,00 |
| TOTAL PAGADO , | | | $ | 441.200,00 |

**VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

1 - Que desarrolle 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 periodo correspondiente

ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 51.920.623
CEL: 3052532508

| | | |
|---|---|---|
| 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: 30/04/2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | **ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA** | **CC:** | 51.920.623 |
| | | **RUT (NIT):** | |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | EESCARRAGAPENUELA@GMAIL.COM | **TELÉFONO:** | 3052532508 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | Cr 72 H bis A No 38A - 39 Sur | **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:** | **BANCO DE BOGOTA** | | | | |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | **TIPO DE CUENTA:** | **AHORROS** | **N° CUENTA:** | **542149463** |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4358 2025** | **N° CDP:** | **826** | **N°. RP:** | **11463** | **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 01/04/2025 AL 30/04/2025** | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN LETRAS Y NUMEROS)** | **$ 2.327.019** | | | | | |
| | **DOS MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL DIECINUEVE PESOS M/CTE** | | | | | |

**NOMBRE:** ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA
**CC** 51.920.623
**CEL** 3052532508

| | | |
|---|---|---|
| | **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** | | | **ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA** | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | **51.920.623** | | |
| **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 4358 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:** | | **$** 2.327.019 |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | **4** | **N° CRP INICIAL:** | **10074** | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | **248** |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1071082301 | | **OPERADOR:** | | SIMPLE |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | CONVENIO 6591670-2024 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 | | | | |
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | **No (1)** | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | **ADICION (1)** | **PRORROGA (1)** |
| **VALOR ADICIONADO** | **$** 4.481.668 | **CDP DE LA** 826 | **RP DE LA** 11463 | **TIEMPO** | **UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)** |
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | | | |
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | **SI** | | **NO** | **X** | |
| **N° 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 **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:**<br>**LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**<br><br>**NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:**<br>**OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS**<br>**PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 6591670/2024** |

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-09, 12:14:53 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1071082301

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago (PIN): 8822626390

**PAGADO 09/04/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PENUELA | | |
| **Documento** | CC51920623 | **Dirección** | TRAS 2 A 77 89 INT 1 SUR |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3204870117 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

## 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 | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias 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 51920623 | ELSA ESPERANZA ESCARRAGA PEÑUELA | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR 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 | $ 700 | $ 441.200 |



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.