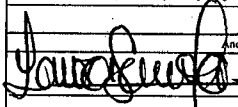
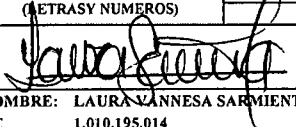
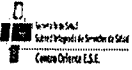
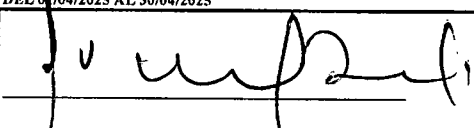
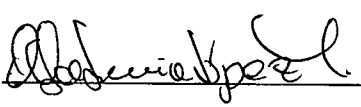
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LAURA VANNESA SARMIENTO BARAJAS					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.010.195.014			
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES N°:		PS 4394 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.619.807		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.101.475		UN (1) MES Y DOCE (12) DIAS	
N° DE INFORME:		4		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS		\$ 2.585.577	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		No (1)		TIPO DE MODIFICACIÓN	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.481.668		ADICIONES	
CDP DE LA ADICIÓN:		826		ADICIÓN (1)	
CRP DE LA ADICIÓN:		11499		PRORROGAS	
PRORROGA (1)		TIEMPO PRORROGA DO:		UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS	
III. POLIZAS					
¿FACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		X	
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE APROBACIÓN:			
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, 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 Francisco Javier Matiz					
2 Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED					
3 Asistencia a fortalecimiento de capacidades los días 14,15,16 abril en IED Camilo Torres para retroalimentación en el manejo de herramientas del programa					
4 Se realiza actividades de promoción y prevención 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					
5 Se realiza reporte diario en el link de Edusilio con actividades desarrolladas, reporte encuesta de satisfacción y encuesta de bicolorita. Se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal					
6 Se realiza apoyo a primer responsable en caso de accidentes escolares conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED					
7 Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de abril					
8 Para el mes de abril 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 alta y peso y jornadas de vacunación según demanda					
12 Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de abril					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
N° DE PLANILLA:		9483517260		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SANTAS		9/04/2025	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		9/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		SURA		9/04/2025	
OTRO		N/A		N/A	
TOTAL PAGADO		\$		442.300,00	
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 Ibe se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMIV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, ruta)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scop 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					
					
LAURA VANNESA SARMIENTO BARAJAS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.010.195.014 CEL: 3232849570					

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN 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:	LAURA VANNESA SARMIENTO BARAJAS		CC:	1.010.195.014	
CORREO ELECTRÓNICO:	Lausariua@gmail.com		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Diagonal 69 c Sur # 14 u 08		TELÉFONO:	3232849570	
			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:	SCOTIABANK COLPATRIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					46620191976
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4394 2025	Nº CDP:	826	Nº. RP:	11499
				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 CONTRATO INCLUIDO 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 NÚMEROS)	\$ 2.585.577				
DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: LAURA VANNESA SARMIENTO BARAJAS CC 1.010.195.014 CEL 3232849570					

		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			LAURA VANNESA SARMIENTO BARAJAS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.010.195.014		
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 4394 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:	4	Nº CRP INICIAL:	10110	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:	948351 7260	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
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	11499
			TIEMPO	UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)	
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. VERIFICACIÓN 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 cláusula "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			



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																													
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																					
CC 1010195014		SARMENTO BARAJAS LAURA YANNESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 69C SUR 14U 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No																					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																													
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago																						
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Dias Mora	Valor																			
2025-03	2025-03	1398816744	9483517260	I	2025/04/03	2025/04/09	SCOTIABANK COLPATRIA		6	\$442,300																			
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION	SALUD	CCF	RIESGOS	PARAFISCALES							
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	ide	lae	lup	lap	vsp	cor	vst	den	spe	una	me	avp	vcl	lri	vsp	Código	Días	Código	Días	Código	Días	Código	Días	Exonerado SENA e ICBF	
1	CC 1010195014	SARMENTO BARAJAS LAURA YANNESA																		230201	30	EP5205	30		0	14-11	30	0	No
Total		Atendidos(1)																											



Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1010195014		SARWENTO BARAJAS LAURA YAREISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 69C SUR 14U 08	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7777777	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-03	2025-03	1398816744	9483517260	I	2025/04/03	2025/04/09	SCOTIABANK COLPATRIA	6	\$442,300
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$900	\$0	\$228,700	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
SAHITAS	EP5005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$700	\$0	\$178,700	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,800	\$0	\$442,300	

