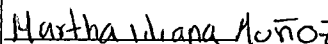
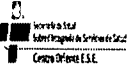
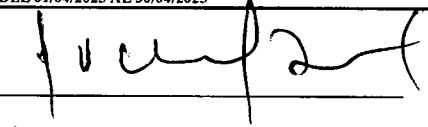
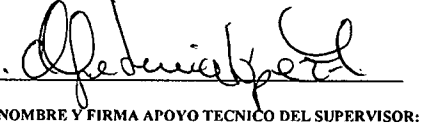
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
MARTHA LILIANA MUÑOZ GRANADOS						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.012.431.880				
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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4402 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:	\$	2.585.577	
Nº DE INFORME:	4	Nº CRP:	10118	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	ADICIONES	ADICION (1)	PRORROGAS	PRORROGA (1)
VALOR ADICIONADO	\$	4.481.668	CDP DE LA ADICIÓN:	826	CRP DE LA ADICIÓN:	11507
					TIEMPO PRORROGA DO:	UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24) DIAS
III. POLIZAS						
¿PACTO 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 obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)						
ITEM						
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Republica Ee.Uu. De America					
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 bicoloruta. Se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal					
6	Se realiza apoyo a primer respondiente 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 talla y peso y jornadas de vacuacion segun demanda					
12	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de abril					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	9484295183		OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR		9/04/2025	\$ 178.000,00		
PENSIÓN:	PORVENIR		9/04/2025	\$ 227.800,00		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		9/04/2025	\$ 34.700,00		
OTRO	N/A		N/A	\$ -		
TOTAL PAGADO				\$ 440.500,00		
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 ningún caso el IDC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, niu) 3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo scosp 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 reporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
 MARTHA LILIANA MUÑOZ GRANADOS NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.012.431.880 CEL: 3123217149						

 Ministerio de Salud Protección Integral 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:	MARTHA LILIANA MUÑOZ GRANADOS			CC:	1.012.431.880	
				RUT (NIT):		
CORREO ELECTRÓNICO:	munozgranadosmarthaliliana414@gmail.com			TELÉFONO:	3123217149	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 86F # 35A-15SUR			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:	BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)						10095350777
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4402 2025	Nº CDP:	826	Nº. RP:	11507	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 NUMEROS)	\$ 2.585.577					
	DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
<u>Martha Liliana Muñoz</u> NOMBRE: MARTHA LILIANA MUÑOZ GRANADOS CC 1.012.431.880 CEL 3123217149						

		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			MARTHA LILIANA MUÑOZ GRANADOS		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.012.431.880		
I. INFORMACIÓN 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 4402 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:	
				10118	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y SEIS (6) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9484295183		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):	
VALOR ADICIONADO		\$ 4.481.668		ADICION (1)	
		CDP DE LA		TIEMPO	
		826		UN (1) MES Y VEINTICUATRO (24)	
		RP DE LA		11507	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTO 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.					
CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS					
ITEM		¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		SI	
				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			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICRAF	
CC 1012431880		MUÑOZ GRANADOS MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 86 f no 55 a 15 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555	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	1400104134	9484295183	I	2025/04/21	2025/04/09	BANCOLOMBIA	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
1	CC 1012431880	MUÑOZ MARTHA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS2008	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1012431880		ALFARO GRANADOS MARTHA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 86 f no 55 e 15 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1400104134	9484295183	I	2025/04/21	2025/04/09	BAHCOLOMBIA	0	\$440,500
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	

