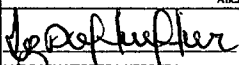
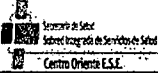
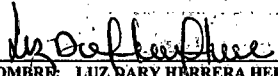
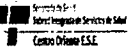
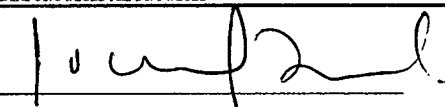
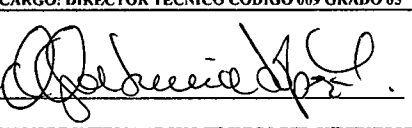
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUZ DARY HERRERA HERRERA					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			52.731.187		
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 5110 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
20/3/2025					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.705.994		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.705.994		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
\$ 2.585.577					
Nº DE INFORME:		2		Nº CRP:	
11733		Nº CDP:		915	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		UN (1) MES Y TRECE (13) 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:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN	
ADICIONES		0		PROROGAS	
0		0		0	
VALOR ADICIONADO		\$		CDP DE LA ADICIÓN:	
0		CRP DE LA ADICIÓN:		0	
0		0		TIEMPO PRORROGA DO:	
0		0		0	
III. POLIZAS					
¿FACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
0		0		X	
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
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)					
ITEM					
1 Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Jose Martí					
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:		85774376		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		SALUD TOTAL		11/04/2025	
PENSIÓN:		PROTECCIÓN		11/04/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		11/04/2025	
OTRO		COMPENSAR CAJA		N/A	
TOTAL PAGADO		\$		93.988,00	
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 ítem se calcula sobre el 40% de los ingresos omocelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, art, pension, rui)					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo socop 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					
					
LUZ DARY HERRERA HERRERA					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					
CC: 52.731.187					
CEL: 3002503938					

		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:		LUZ DARY HERRERA HERRERA		CC:	52.731.187
CORREO ELECTRÓNICO:		salud.dariherrera@gmail.com		RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:		Cr 12B este 21 61 sur		TELÉFONO:	3002503938
				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.					
Régimen 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
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)				N° CUENTA:	91211592708
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5110 2025	N° CDP:	915	N° RP:	11733
FECHA DE INICIO CONTRATO:		FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:	
20/03/2025		30/04/2025		UN (1) MES Y TRECE (13) DÍAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	
DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025				\$ 3.705.994	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:			
\$		1.585.577			
DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
					
NOMBRE: LUZ DARY HERRERA HERRERA					
CC: 52.731.187					
CEL: 3002503938					

		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-1A-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			LUZ DARY HERRERA HERRERA		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.731.187		
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 5110 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				20/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		3.705.994	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3.705.994		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.585.577	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL: 11733	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 915	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (1) MES Y TRECE (13) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85774376		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:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA 0	
				IRP DE LA 0	
				TIEMPO 0	
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 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 INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	CARRERA 128 ESTE # 21 - 61 SUR	3002903938	darymilla187@gmail.com				
FORMA PRESTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUBCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1 - Inscriptos			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA APORTADA	FECHA PAGO ASOCIADA (CALENDARIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL. APORT.	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	1	11/04/2025	65774376	\$93.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colectación Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	35.600	0	0	0	0	0	0	0	0	35.600	1

TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Colectación Obligación	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte ESP - Solidaridad	Aporte ESP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora FFP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (IN+ Protección)		800229739-0	45.600	0	0	0	0	0	0	45.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colectación Obligación	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Mora Colectación	Días Mora	Valor Mora Colectación	Subtotal Colectación	No. Reducido Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros		86001155-6	7.000		7.000	0	7.000	7.000			7.000		

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja		860065942-7	5.700	0	5.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administración	No. Administraciones Reportadas	Valor suma de ICE LVA, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	35.600	35.600
Pensión	1	45.600	45.600
Riesgos Laborales	1	7.000	7.000
CCF	1	5.700	5.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	93.900	93.900

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52731187	LUZ DARY HERRERA HERRERA	CARRERA 12B ESTE # 21 - 61 SUR	3002503836	darymonika1957@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENSAO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	1	11/04/2025	85774378	\$93.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130307-4	35.600	0		0		0	0	0	0	35.600	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (PAG + Protección)	800229739-0	45.800	0	0	0	0	0	0	0	45.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Ratificado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	800011183-8	7.000				7.000	0	0	7.000			70	7.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	800066042-7	5.700	0	0	5.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LMA, RCP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	35.600	35.600
Pensión	1	45.800	45.800
Riesgos Laborales	1	7.000	7.000
CCF	1	5.700	5.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	93.900	93.900

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
OC	5731:87	LUZ DARY HERRERA HERRERA		CARRERA 12B ESTE # 21 - 81 SUR	3002901136	ldaryherrera1957@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	Individual			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMENESIAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENESIAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPL. CARGOS	UPC
					5	0
PERIODO SALIDA	PERIODO PERMANENCIA				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85774378	\$03.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN CONSTANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PROMEDIO				VALOR		MÉDIO LABORAL			VOCF		PARAFISCALES																		
Nº	Tipo	Nº de Inscripción	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	ET	ET2	ET3	ET4	ET5	ET6	ET7	ET8	ET9	ET10	ET11	ET12	ET13	ET14	ET15	ET16	ET17	ET18	ET19	ET20	Cód. APP	INC APP	Calificación	Voluntad o Afecto	Voluntad Aperturista	Fondo patronal de jubilación	Fondo patronal de invalidez	Cód. EPS	INC EPS	Contribución Valor UPC	Cód. ARL	INC ARL	Cotización	Código CCF	INC CCF	Aporte OCF	INC aport patronal	Aporte OCHA	Aporte ICBF	Aporte EPSAF	Aporte RETAF	
1	CC	5373182	HERNANDEZ HERRERA LUIS DARY	30	M	N	X																					238001	284.720	45.830	0	0	0	0	CP8001	284.730	56.000	14-03	284.730	3	7.880	COF24	284.700	5.780	0	0	0	0	0

PAGADA