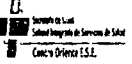
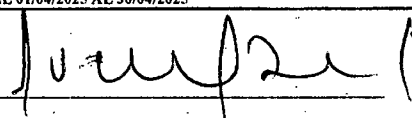
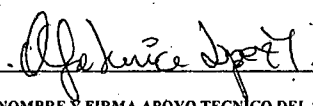


		SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.033.815.523		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBREDA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CONVENIO 6591670/2024 SED			
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4407 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.619.887		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 8.101.475		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		TRES (3) MESES Y SEIS (6) DÍAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CÓDIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	Nº (I)	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	ADICIÓN (I)	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 4.481.668	CRP DE LA ADICIÓN:	826	CRP DE LA ADICIÓN:	11510
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO	
Nº 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)					
ITEM					
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Reino De Holanda				
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 Edustio con actividades desarrolladas, reporte encuesta de satisfacción y encuesta de bicileruta. 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 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					
No. DE PLANILLA:		85202531		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		\$ 178.500,00	
PENSIÓN:		FORVENIR		\$ 228.400,00	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 34.800,00	
GTRO		COMPENSAR CAJA		\$ 28.600,00	
TOTAL PAGADO				\$ 470.300,00	
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 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					
3.- Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo nroop 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					
					
LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.033.815.523 CEI: 3134582776					

		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-1A-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES		CC:	1.033.815.523	
CORREO ELECTRÓNICO:	LUISAFERTOM@GMAIL.COM		RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54 25 05 SUR		TELÉFONO:	3134982276	
			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 ITAU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	810078235
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 4407 2025	N° CDP:	826	N°. RP:	11510
				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				
<div style="text-align: center;">  NOMBRE: LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES CC 1.033.815.523 CEL 3134982276 </div>					

		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: 1 FECHA: 2024-09-16																									
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y																													
NOMBRE DEL CONTRATISTA			LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.033.815.523																										
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 4407 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: 10123																									
				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:		85202531		OPERADOR: MI PLANILLA																									
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		ADICIÓN (1) PRÓRROGA (1)																									
				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. 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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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 LÓPEZ 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	1033815523	LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES	Calle 54#25-05 SUR	3209290979	luisaferntor@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLADOS 1 0
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85202531	TOTAL A PAGAR 5470.300

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0	0	0	0	0	4	500	0	178.500	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
230301	Pension	800224808-8	227.800	0	0	0	0	4	600	0	228.400	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. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5B	34.700				34.700		0	34.700			347	34.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	800060942-7	28.500	4	100	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA	0	4	0	0
ICBF	0	4	0	0
ESAP	0	4	0	0
MEN	0	4	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.500
Pensión	1	227.800	228.400
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	1	28.500	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	470.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033815523	LUISA FERNANDA ALVARADO TORRES	Calle 54#25-05 SUR	3209296979	luisaferfer@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLAZADOS UPC
2025-03	2025-03	I	11/04/2025	85202531	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$470.300

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN HOVEDADES										PENSION				SALUD			REBOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tip	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Profesión	Oficio	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Grado de Instrucción	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporta CCF	IBC esos parafiscales	Aporta ECRA	Aporta ICBF	Aporta CSAP	Aporta MCH		
1	CC	1033815523	ALVARADO TORRES LUISA FERNANDA	59	F	H												730301	1.473.500	227.800	0	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	16-11	1.473.300	3	34.700	CCF24	1.473.500	28.800	0	0	0	0	0

PAGADA