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** **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

VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.024.542.127				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4685 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.320.905		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.539.936	
N° DE INFORME:	5	**N° CRP:**	10848	**N° CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	1	**PRORROGAS**	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:			**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA			**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	SE REALIZA IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD EN LA POBLACION DE LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ BARRIOS LA RESURECCION, LUIS LOPEZ DE MESA SEGÚN LOS ASIGNADO PARA REALIZAR CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO SEGÚN LO INDICA LA GUIA OPERATIVA.
2	ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES REALIMENTADO CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES.
3	DILIGENCIAMIENTO DE LAS PLANILLAS Y DEMAS FORMATOS QUE SE SOLICITAN CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ BARRIOS LA RESURECCION, RIO DE JANEIRO
4	ASISTIR A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE EL MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO.
5	LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES,SE REALIZA ACTA A MANO LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO.
6	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES A LOS APOYOS ENCARGADOS.
7	SE REALIZA NOTIFICACION DE EVENTOS EN SALUD QUE SE IDENTIFIQUEN DURANTE LAS VISITAS.
8	PARTICIPAR Y GESTIONAR LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO
9	SE REALIZA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS SIGUIENDO LAS INDICACIONES
10	SE REALIZA LA META CORRESPONDIENTE AL MES VISITAS EN LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ 53 MARCO FIDEL SUAREZ CON LA CALIDAD DEL DATO Y LA APLICACIÓN DE TODOS LOS TAMIZAJES EXIGIDOS A TODA LA POBLACIÓN INTERVENIDA DE ACUERDO AL CURSO DE VIDA Y LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1071060497	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	NUEVA EPS	11/04/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/04/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	11/04/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	11/04/2025	$ 29.800
	TOTAL PAGADO		**$ 470.300**

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 IBC se calculó 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 afiliación a EPS, ARL, Pensión, 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

Viviana Andrea Delgado

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO
CC: 1.024.542.127
CEL 3053846709

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** **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:	VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO	**CC:**	1.024.542.127
		RUT (NIT):	1.024.542.127
CORREO ELECTRÓNICO:	vivi-4455@hotmail.com3	**TELÉFONO:**	3053846709
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 45 70 B 04 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.

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:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	04870365964

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4685 2025	**N° CDP:**	1185	**N°. CRP:**		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.320.905
PERIODO OBJETO DE COBRO:			DEL 01/04/2025		AL 30/04/2025	
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.539.936 DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS					

Viviana Andrea Delgado

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO

CC: 1.024.542.127

CEL: 3053846709

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** **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	VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.024.542.127

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4685 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.320.905			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.539.936
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 de 5	**N° CRP INICIAL:**	10848	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1071060497	**OPERADOR:**	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUI				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	1	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				1	1
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**RP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE**	

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-11, 06:10:14 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1071060497

Periodo Cotización: marzo de 2025 Periodo Servicio: marzo de 2025 Referencia pago 8870755320

PAGADA 11/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO		
Documento	CC1024542127	Dirección	CR 45 #70 B - 04 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6571319
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	CDR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1024542127	VIVIANA ANDREA DELGADO FAJARDO	59	0																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$1.423.500	$227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$1.423.500	$178.000	2.436	$1.423.500	$34.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1.423.500	$28.500	$0	$0	$0	$0	$469.000

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)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.423.500	$1.423.500	$1.423.500	$1.423.500	$227.800	$178.000	$34.700	$28.500	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$469.000	$1.300	$470.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

¡Pago exitoso!



Pago en	Simple
Número de planilla	8870755320
¿Cuánto?	$ 470.300,00
Fecha	11 de abril de 2025 a las 02:32 p. m.
Referencia	M7883119
¿De dónde salió la plata?	Disponible

Powered by CamScanner