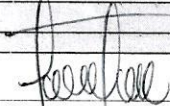
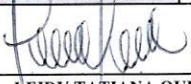
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y							
LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ							
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.016.086.853				
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 5244 2025		FECHA INICIO CONTRATO	23/4/2025			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	775.673	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	NUEVE (9) DIAS			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	775.673	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$	689.487		
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:	14735	Nº CDP:	1262		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	NUEVE (9) 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	PRORROGAS	0	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0	TIEMPO PRORROGADO:	0
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 Bolivariana De Venezuela						
2	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED						
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas						
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal						
5	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED						
6	Para el mes de Abril el cumplimiento es de 30 actividades						
7	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.						
8	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						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL							
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	N/A			
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO			
SALUD:	SALUD TOTAL		N/A	\$ -			
PENSIÓN:	PORVENIR		N/A	\$ -			
RIESGOS LABORALES:	SURA		N/A	\$ -			
OTRO	N/A		N/A	\$ -			
TOTAL PAGADO				\$ -			
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA							
1 - Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.							
2 - Que realice el pago de la Seguridad Social donde el ibe se calculo 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 SMMI.V (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, rut)							
3- Que: adjunto evidencia del cargue en el aplicativo scop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.							
4- Que pago 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							
							
LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.016.086.853 CEL: 1054680341							

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: 31/05/2025						
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ			CC:	1.016.086.853	
CORREO ELECTRÓNICO:	LEIDYQUIJANO0423@GMAIL.COM			RUT (NIT):		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 103A BIS 16C 47 CA 3			TELÉFONO:	3222068682	
				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:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488434029721
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)						
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 5244 2025	N° CDP:	1262	N° RP:	14735	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/04/2025		VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : NUEVE (9) DIAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	23/04/2025 al 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 689.487 SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
						
NOMBRE:	LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ					
CC	1.016.086.853					
CEL	3222068682					



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION 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 LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.016.086.853

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 5244 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 23/04/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 775.673

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 775.673 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 689.487

Nº PAGO / Nº DE INFORME: 1 **Nº CRP INICIAL:** 14735 **Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO** 1262

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS NUEVE (9) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL: CERTIFICADOS **OPERADOR:** N/A

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):** 0 0

VALOR ADICIONADO \$ - **CDP DE LA** 0 **RP 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **23/04/2025 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 7827009/2025

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

LEIDY TATIANA QUIJANO VELASQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.016.086.853**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir** y al **Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

LA INFORMACIÓN DEBE SER LEGIBLE

SI SE ENCUENTRA ACTUALMENTE AFILIADO A UNA ARL, RELACIONE SU NOMBRE

NOMBRE ARL

A QUE ARL DESEA QUE LA SUBRED CENTRO ORIENTE, REALICE LA AFILIACION

POSITIVA

NOMBRE ARL

CC-CEDULA DE CIUDADANIA

1.016.086.853

TIPO DE DOCUMENTO

Numero de Documento

LEIDY
Primer Nombre

TATIANA
Segundo Nombre

QUIJANO
Primer Apellido

VELASQUEZ
Segundo Apellido

5/16/1996

BOGOTA D.C

CRA 103 A BIS #16 C 47 CASA 3 PISO

Fecha de Nacimiento

Ciudad de Residencia

Dirección de Residencia

COMPENSAR
EPS - Salud

PORVENIR
AFP - Pensiones

\$
Honorarios

CONTRATISTA
Perfil/ Profesión

leidyquijano0423@gmail.com
Correo Electrónico

3222068682
Celular

Firma del Afiliado

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

NOTA: Cualquier novedad requerida debe ser notificada al correo

arlcontratacionops@subredcentrooriente.gov.c

Av caracas 33a - 11 3282828 - ext 11011



CamScanner