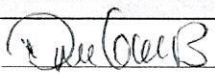
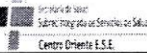
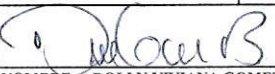
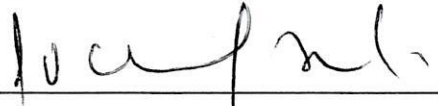
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.165.501		
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. PARA EL CONVENIO SED 7827009/2025			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5377 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.465.076		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.465.076		UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
Nº DE INFORME:		1		Nº CRP:	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		Nº CDP:	
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	
VALOR ADICIONADO		\$ -		ADICIONES	
CDP DE LA ADICIÓN:		0		PRORROGAS	
CRP DE LA ADICIÓN:		0		TIEMPO PRORROGA DO:	
PRORROGA DO:		0		0	
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 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 Integrada La Candelaria			
2		Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED			
3		Asistencia a reunion el día 15 Mayo en IED Gustavo Restrepo para reinducion reporte de actividades y obligaciones contactuales			
4		Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, lineas pedagógicas en cada una de las IED asignadas			
5		Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal			
6		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			
7		Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de Mayo			
8		Para el mes de Mayo el cumplimiento es de 50 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 vacunacion segun demanda			
12		Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de Mayo			
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		1072586644		OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		\$ 178.000,00	
PENSIÓN:		PORVENIR		\$ 227.800,00	
RIESGOS LABORALES:		SURA		\$ 34.700,00	
OTRO		MORA SIMPLE		\$ 2.200,00	
TOTAL PAGADO				\$ 442.700,00	
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 tbc 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 SMMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, 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					
					
DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 53.165.501 CEL: 3057118408					

		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:	DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO			CC:	53.165.501
CORREO ELECTRÓNICO:	vg1235088@gmail.com			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 78B 57A 47 SUR			TELÉFONO:	3057118408
				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 párrafo 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:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					005300573366
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
N° DEL CONTRATO:	PS 5377 2025	N° CDP:	1489	N°. RP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
				VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES : \$ 4.465.076	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	14/05/2025 al 31/05/2025				
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	\$ 1.549.108 UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE				
 NOMBRE: DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO CC 53.165.501 CEL 3057118408					

 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			DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.165.501		
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. PARA EL CONVENIO SED 7827009/2025			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5377 2025		FECHA INICIO CONTRATO 13/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		4.465.076	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 4.465.076		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.549.108	
N° PAGO / N° DE INFORME:		1		N° CRP INICIAL: N° CDP INICIAL DEL CONTRATO 1489	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1072586644		OPERADOR: SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO 7827009-2025 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					
N° DE MODIFICACIÓN:		0		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ -		CDP DE LA 0 RP DE LA 0 TIEMPO 0	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO X	
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
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 14/05/2025 al 31/05/2025					
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			

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-12, 04:11:00 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1072586644

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

Referencia pago (PIN): 8823135639

PAGADO 09/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO	Dirección	CL 57I SUR #78 K - 38 CIUDAD ROMA
Documento	CC53165501	Teléfono	3057118408
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación	
Representante Legal		ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	RET P	IDE	TAE	TOP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IDE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Das AFP	Das EPS	Das AFP	Das 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
CC 53165501	DOLLY VIVIANA GOMEZ BELLO	59	00	X																0	0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1,423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1,423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1,423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

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) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1,423.500	\$ 1,423.500	\$ 1,423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.200	\$ 442.700