Secretaría Distrital 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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA

CON C.C Nº	52.782.404
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 5445 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	14/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**4.465.076**		**No. HORAS EJECUTADAS**	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**4.465.076**			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 1.822.480**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

ITEM	II. 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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Gloria Valencia De Castaño
2	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED
3	Los dias 5 y 12 de junio se recibe taller virtual de didácticas de bienestar estudiantil otorgado por la SED
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 junio
8	Para el mes de junio el cumplimiento es de 75 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
9	Se participa en los espacios de comites 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 educactivas 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 junio

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 1/06/2025 al 20/06/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87398485	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	16/06/2025	$ 101.700
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/06/2025	$ 130.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/06/2025	$ 19.900
OTRO	N/A	N/A	$ -
TOTAL PAGADO			$ 251.700

V. 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 calculo 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 afiliacion 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.

VI. ANEXOS
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)
Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA** **C.C Nº 52.782.404**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS** **COORDINADORA CONVENIO SED** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	**NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA**	**CC:**	52.782.404
CORREO ELECTRÓNICO:	NIDIAPOSADA21@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3124007261
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**KR 7 B 93 SUR 21**	**CIUDAD:**	BOGOTÀ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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:	**SCOTIABANK COLPATRIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**152012986**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5445 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 1.822.480**
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/05/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/06/2025 al 20/06/2025		

NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA
52.782.404
3124007261

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA**, identificado con **CC** número **52782404**, aportó por **NYDIA YINETH POSADA MOSQUERA**, identificado(a) con **CC** número **52782404** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2025-05** y salud **2025-05** de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	X														0		17	$806.650	$0	$0	Mayo - 2025	87398485	16/06/2025	N
EPS008	Compensar EPS	X														0		17	$806.650	$0	$0	Mayo - 2025	87398485	16/06/2025	N
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	X														0		17	$806.650	$0	$0	Mayo - 2025	87398485	16/06/2025	N

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Junio de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.