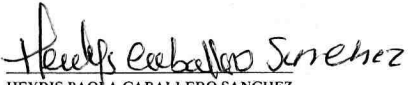
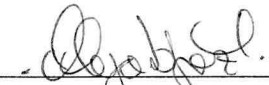
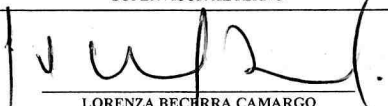


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ					
		CON C.C.Nº		1.012.369.117	
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 5385 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				13/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		4.465.076		No. HORAS EJECUTADAS	
				N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		7.836.664		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 1.549.108	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (04) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
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)					
ITEM					
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Liceo Nacional Antonia Santos				
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED				
3	Se realiza proyecto pedagógico semana de Estar bien del 21 al 25 de julio				
4	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas				
5	Se realiza reporte diario en el link de Edusito 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 julio				
8	Para el mes de junio el cumplimiento es de 70 actividades con reporte de video y planeación proyecto experiencia significativa				
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 talla y peso y jornadas de vacunación según demanda				
12	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de julio				
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 14/07/2025 al 31/07/2025					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1073920646	OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR	17/07/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION	17/07/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/07/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA SIMPLE	17/07/2025	\$ 3.700		
TOTAL PAGADO			\$ 444.200		
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 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 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.					
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ C.C.Nº 1.012.369.117			
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			

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: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ	CC:	1.012.369.117
CORREO ELECTRÓNICO:	heydispcs31@gmail.com	TELÉFONO:	3003151047
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54C SUR 97 20	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:

DAVIVIENDA

TIPO DE CUENTA:

AHORROS

N° CUENTA:

0570003970750828

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5385 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.549.108
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	14/07/2025 al 31/07/2025		


HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ
1.012.369.117
3003151047



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-17, 08:15:49 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1073920646

Periodo Cotización: junio de 2025

Periodo Servicio: junio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823277982

PAGADO 17/07/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HEYDIS PAOLA CABALLERO SANCHEZ		
Documento	CC1012369117	Dirección	CL 12A #71 C - 61
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3003151047
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del 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	SN	IDE	UMA	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							

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	\$ 3.700	\$ 444.200

