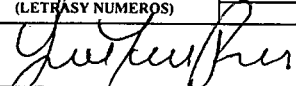
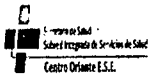
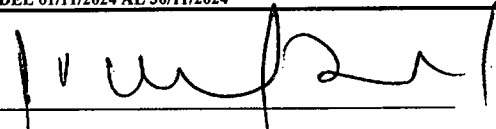
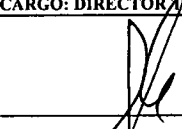


 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				52.289.258		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD 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 CONVENIO 6591670/2024 SED					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.			PS 4842 2024		FECHA INICIO CONTRATO	3/9/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.670.545		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.670.545		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.585.577		
Nº DE INFORME:	3		Nº CRP:	41294	Nº CDP:	3057
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) 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:	N/A	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	(NUMERO)	PRORROGAS	(NUMERO)
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGA DO:
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI	NO		X	
Nº DE PÓLIZA:			NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA			FECHA DE APROBACIÓN:			
ITEM	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)					
1	Para el mes de Noviembre se trabajon temas de Enfermedades transmisibles, enfocados a la prevención de ERA,IRA,EDA, pediculosis y cuidado personal					
2	Se llevaron a cabo 177 encuestas para identificar Hábitos de alimentacion y actividad fisica a estudiantes de grados 3 a 7					
3	Se realiza apoyo a accidentes escolares en la IED como apoyo a primer respondiente					
4	Se realizan 45 actividades ludico pedagogicas sobre estilos de vida saludable con temas como actividad fisica y prevencion de accidentes					
5	Reporte de 45 actividades en el link de Edusitio diariamente					
6	Entrega de informe mensual de la ejecucion de actividades cualitativas y cuantitativas en la Instituciones educativas					
7	Participar en las reunion de fortalecimiento tecnico del 6 y 29 de noviembre					
8	Se participo este mes en comites de movilidad, alimentacion escolar, convivencia escolar y Coppas					
9						
10						
11						
12						
13						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	1067499848		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO	
SALUD:	FAMISANAR		7/11/2024		\$ 162.500	
PENSIÓN:	PORVENIR		7/11/2024		\$ 208.000	
RIESGOS LABORALES:	SURA		7/11/2024		\$ 31.700	
OTRO	N/A		N/A		\$ -	
TOTAL PAGADO					\$ 402.200	
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 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 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.						
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						
 SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 52.289.258 CEL: 3142893580						

		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: 30/11/2024							
NOMBRES Y APELLIDOS:		SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO			CC:		52.289.258
CORREO ELECTRÓNICO:		SANDRAYLUIISA1980@GMAIL.COM			RUT (NIT):		3142893580
DIRECCIÓN DOMICILIO:		CL 4 SUR 17-64 SOACHA			TELÉFONO:		3142893580
					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: NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		BANCO CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:		AHORROS	Nº CUENTA:
							24130218669
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)							
Nº DEL CONTRATO:		PS 4842 2024	Nº CDP:		3057	Nº. RP:	
						41294	
FECHA DE INICIO CONTRATO		3/09/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:			30/11/2024	
						PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS	
PERIODO OBJETO DE COBRO:		DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024					VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :
							\$ 7.670.545
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)		\$ 2.585.577					
		DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
							
NOMBRE: SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO CC 52.289.258 CEL 3142893580							

	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-JA-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				SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD				52.289.258		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AREA DE SALUD 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 CONVENIO 6591670/2024 SED					
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4842 2024		FECHA INICIO CONTRATO		3/09/2024	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$		7.670.545		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$		7.670.545		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.585.577
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3		Nº CRP INICIAL:	41294	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	3057
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y VEINTINUEVE (29) DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1067499848		OPERADOR:	SIMPLE		
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:	Nº ()	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICION ()	PRORROGA ()	
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA	RP DE LA	TIEMPO	(MESES O DIAS)	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO		X		
Nº 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 DEL 01/11/2024 AL 30/11/2024						
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: NINI JOHANNA ARREDONDO GIRALDO PERFIL: LIDER CONVENIO SED 6591670/2024				

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-11-08, 04:13:38 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1067499848

Periodo Cotización:

octubre de 2024

Periodo Servicio:

octubre de 2024

Referencia pago (PIN): 8823847887

PAGADO 07/11/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO			Dirección	CL 4 #17 - 64 ESTE
Documento	CC52289258			Teléfono	3142893589
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	CUNDINAMARCA
Ciudad	SOACHA			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	PRE	VE	MA	TD	TAP	USP	COR	USI	SLH	ROS	MA	MA	USI	MA	MA	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52289258	SANDRA MILENA RODRIGUEZ OSORIO	59	00																		2,436	\$ 1.300.000	\$ 31.700	(NBU-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200

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, Saldo a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	\$ 0	\$ 208.000	\$ 162.500	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 402.200	\$ 0	\$ 402.200