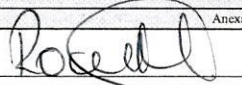
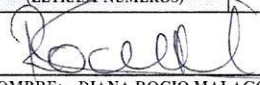
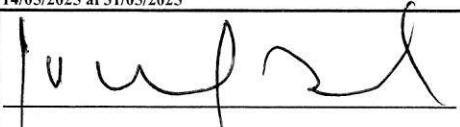
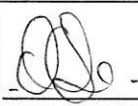


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DIANA ROCIO MALAGON SOLER					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.038.346		
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 5432 2025		FECHA INICIO CONTRATO	13/5/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	4.465.076	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	4.465.076	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$	1.549.108
Nº DE INFORME:	1	Nº CRP:		Nº CDP:	1489
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) 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
VALOR ADICIONADO	\$	CDP DE LA ADICIÓN:	0	CRP DE LA ADICIÓN:	0
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	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED La Belleza Los Libertadores				
2	Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED				
3	Asistencia a reunion el día 15 Mayo en IED Gustavo Restrepo para reinducción reporte de actividades y obligaciones contractuales				
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 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 vacuacion 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:	9485436634		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	COMPENSAR		14/05/2025	\$	178.200,00
PENSIÓN:	COLPENSIONES		14/05/2025	\$	228.000,00
RIESGOS LABORALES:	SURA		14/05/2025	\$	34.800,00
OTRO	N/A		14/05/2025	\$	-
TOTAL PAGADO				\$	441.000,00
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 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 SMLMV (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.					
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					
 DIANA ROCIO MALAGON SOLER NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 53.038.346 CEL: 3187521519					

		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:	DIANA ROCIO MALAGON SOLER			CC:	53.038.346
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANAMALAGON@HOTMAIL.COM			RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14M 92 61 SUR			TELÉFONO:	3187521519
				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	Nº CUENTA:
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					
					0550488436075318
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5432 2025	Nº CDP:	1489	Nº. 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 NÚMEROS)	\$ 1.549.108 UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE				
					
NOMBRE: DIANA ROCIO MALAGON SOLER CC 53.038.346 CEL 3187521519					

		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			DIANA ROCIO MALAGON SOLER																										
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			53.038.346																										
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 5432 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																									
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		1		Nº CRP INICIAL:																									
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO																									
				1489																									
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS																											
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9485436634		OPERADOR:																									
				APORTES EN LINEA																									
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																													
Nº 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																									
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.																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>ITEM</th> <th>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>¿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?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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																											

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																
Identificación		dy	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
CC 53038346			MALAGON SOLER DIANA ROCIO		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CRA 14M # 92 - 61 SUR		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		8137108		No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago								
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor							
2025-04	2025-04	1481010777	948543634	I	2025/05/13	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	1	\$441,000							

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0
1	CC	53038346	MALAGON DIANA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EF5008	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53038346		MALAGON SOLER DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14M # 92 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8137108	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1481010777	9485436634	I	2025/05/13	2025/05/14	BANCO DAVIVIENDA	1	\$441,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
TOTAL				1	\$440,500	\$500	\$0	\$441,000