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 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

ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	51.942.076
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4717 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 1.724.859
Nº DE INFORME:	7	**Nº CRP:**	10866	**Nº CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:		**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**		**PRORROGAS**		
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
Nº PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
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	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIONES A 24 FAMILIAS A QUIENES SE LES REALIZA VISITAS EN LAS LOCALIDADES, SAN CRISTOBAL Y RAFAEL URIBE URIBE , SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA
2	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIONES A 24 FAMILIAS A QUIENES SE LES REALIZA VISITAS EN LAS LOCALIDADES, SAN CRISTOBAL Y RAFAEL URIBE URIBE , SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA
3	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DIARIO DE ACTIVIDADES EN CAMPO ASI COMO DE ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR PARTE DE SECRETARIA DE SALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR DE LAS CUALES HAY EVIDENCIA CON LISTADO DE AISTENCIA
4	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
5	SE PARTICIPA DE ASISTENCIA TECNICA A TODAS LAS QUE SEAN PROGRAMADAS DURANTE EL PERIODO
6	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
7	SE REALIZA DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA DIARIO DE ACTIVIDADES EN CAMPO ASI COMO DE ASISTENCIAS TECNICAS PROGRAMADAS POR PARTE DE SECRETARIA DE SALUD Y EL CONVENIO MAS BIENESTAR DE LAS CUALES HAY EVIDENCIA CON LISTADO DE AISTENCIA
8	DURANTE EL PERIODO A REPORTAR SE REALIZAN ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIONES A 24 FAMILIAS A QUIENES SE LES REALIZA VISITAS EN LAS LOCALIDADES, SAN CRISTOBAL Y RAFAEL URIBE URIBE , SE DEJA EVIDENCIA REALIZANDO CARGUE OPORTUNO DE DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE CON OPORTUNIDAD Y CALIDAD ACORDE AL DOCUMENTO OPERATIVO Y FICHA TECNICA
9	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS DE LAS SESIONES REALIZADAS EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES
10	DILIGENCIAMIENTO DE FORMA DIARIA Y OPORTUNA DE LA INFORMACION EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE EN DONDE REGISTRA SEGUIMIENTOS DE LAS SESIONES REALIZADAS EN CAMPO ADICIONAL SE DILIGENCIAN LOS DIFERENTES LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS DIFERENTES INDICADORES

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9480201947	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	COMPENSAR	11/02/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/02/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	11/02/2025	$ 28.500
	TOTAL PAGADO		$ 469.000

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.

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

ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 51.942.076
CEL: 3228771198

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-1A-FT-014** **VERSIÓN: 6** **FECHA: 2024-09-16**

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ**	**CC:**	51.942.076
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	alejaleon1969@gmail.com	**TELÉFONO:**	3228771198
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 78 A 47 30 SUR	**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:	**BBVA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**0018001868**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 4717 2025**	**N° CDP:**	**504**	**N°CRP:**	10866	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**10/02/2025**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**9/04/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$ 4.920.528**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/02/2025 AL 28/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 1.724.859					
	UN MILLON SETECIENTOS VEINTICUATRO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE					

NOMBRE: **ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ**
CC **51.942.076**
CEL **3228771198**

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 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			**ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ**		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			**51.942.076**		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4717 2025**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**10/02/2025**		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 4.920.528	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.724.859		
N° PAGO / N° DE INFORME:	7	**N° CRP INICIAL:**	10866	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	94802019 47	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
N° DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**			
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA**	**RP DE LA**	**TIEMPO**	
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 10/02/2025 AL 28/02/2025

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**
	L - T - V **NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:** **LILIANA TELLEZ VALBUENA** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01		9480201947	I	2025/02/19			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000
1	CC	51942076 LEON ALEJANDRINA							X											25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	2.436%	$34,700	30	$0	$0	No	$469,000
Total Afiliados(1)																						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500		$34,700		$0	$0		$469,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01		9480201947	I	2025/02/19			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$469,000	$0	$0	$469,000

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	alejaleon1969@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133570478

Clave: 9480201947

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/02/19	0	$0	$469,000

Periodo Pensión: 2025-01 **Periodo Salud: 2025-01**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$227,800
COLPENSIONES		1	$227,800
ARL	1	1	$34,700
ARL SURA		1	$34,700
CCF	1	1	$28,500
COMPENSAR		1	$28,500
EPS	1	1	$178,000
COMPENSAR		1	$178,000
SUBTOTAL			$469,000
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$469,000

Canales de Pago

BANCARIOS	NO BANCARIOS
Banco AV Villas, Banco de Occidente, Banco de Bogotá	Efecty, éxito, SURTIMAX, Su Red

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	190.66.24.18
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9480201947
Valor:	469,000
Período de pago:	2025-01
No Transacción (CUS):	1258821831
Fecha:	2025/02/11
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.