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: 1** **FECHA: 2024-09-09**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
VALENTINA PEÑA CANTILLO					
	CON C.C Nº	1.016.109.826			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Nº	PS 4171 2025		**FECHA INICIÓ CONTRATO**	1/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	11.680.200	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES (3) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	11.680.200		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 3.893.400,00
Nº DE INFORME:	2	**Nº CRP:**	7458	**Nº CDP:**	2
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (03) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-
VALOR ADICIONADO	-	**CDP DE LA ADICIÓN:**	-	**CRP DE LA ADICIÓN:**	-	**TIEMPO PRORROGADO:**	-

III. POLIZAS (SI APLICA)

Nº DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**FECHA DE APROBACIÓN:**	N/A

IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO

ITEM	**(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)**
1	Realizar disponibilidades, registros, obligaciones y giros (revision de nomina, facturacion, contratacion de bienes y servicios, caja menor, parafiscales, ARL, polizas) de acuerdo a los lineamientos pactados con el profesional del area.
2	Apoyar estudios y análisis para el desarrollo de las actividades relacionadas con la elaboración, administración y control de presupuesto.
3	Se realizaron las obligaciones y giros correspondientes de proveedores al mes solicitado en dicho periodo.
4	Se apoyo la verificacion presupuestal en las bases de datos de contratistas para pago de los mismos.
5	Se apoyo la verificacion y realizacion de operaciones presupuestales en el sistema de informacion a solicitud del supervisor.
6	Se realizan los reintregos de acuerdo a las actas de terminacion de bienes y servicios suministradas por el area de contratacion

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	84109756	**OPERADOR:**	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	SANITAS EPS	11/02/2025	$ 195,300	
PENSIÓN:	COLFONDOS	11/02/2025	$ 249.900	
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/02/2025	$ 38.200	
OTRO	COMPENSAR	11/02/2025	$ 9.500	
TOTAL PAGADO			$ 492.900	

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)

Se adjuntan los soportes de las actividades adelantadas en el período. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

Valentina Peña

VALENTINA PEÑA CANTILLO
FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:1016109826
CEL:3209207457

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	VALENTINA PEÑA CANTILLO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.016.109.826

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES DE LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4171 2025		FECHA INICIO CONTRATO		1/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$				11.680.200
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 11.680.200		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 3.893.400
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	(02 de 02)	Nº CRP INICIAL:	7458	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	2
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (03) MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	Nº 84109756		OPERADOR:	MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	PRESUPUESTO				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA - DIRECTOR FINANCIERO (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:	Nº (-)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (-)	PRORROGA (-)
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-
VALOR ADICIONADO	-	CDP DE LA ADICIÓN:	-	RP DE LA ADICIÓN:	-	TIEMPO PRORROGADO:	-

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	
Nº DE PÓLIZA:	XX	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	ACTO ADMINISTRATIVO DE		XX

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	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 (01/02/2025) AL (28/02/2025)

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA CARGO: DIRECTOR FINANCIERO (E) NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: RONALD JOSE PAYARES SERRANO PERFIL: REFERENTE PRESUPUESTO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016109826	VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO	carrera 109 No 23d-02	4678874	cantillovalentina99@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	84109750	$492.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	194.700	0		0		0	4	600	0	195.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	249.200	0	0	0	0	4	700	0	249.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	38.000				38.000	4	200	38.200			380	38.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	9.400	4	100	9.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.700	195.300
Pensión	1	249.200	249.900
Riesgos Laborales	1	38.000	38.200
CCF	1	9.400	9.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	491.300	492.900

Este documento está planillado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016109826	VALENTINA PAOLA PEÑA CANTILLO		carrera 109 No 23d-02	4678874	cantillovalentina99@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	11/02/2025	84109756	$492.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016109826	PEÑA CANTILLO VALENTINA PAOLA	59	0			N																	231001	1.557.360	249.200	0	0	0	0	EPS005	1.557.360	194.700	14-11	1.557.360	3	38.000	CCF24	1.557.360	9.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información