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					
MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA					
	CON C.C Nº	38.233.377			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3210 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 8.757.060	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	TRES(3)MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.757.060	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.919.020,00		
Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP:**	506	**Nº CDP:**	3
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA (E)				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIONES 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 PRORROGA**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGA**	

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
(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)

ITEM	
1	Se consulta acuerdos y resoluciones para la verificacion de las responsabilidades tanto distritales como nacionales para la contabilizacion de la retencion de impuestos solicitando copia del Rut actualizado para los casos en que se cambia las novedades,
2	Para la radicacion y entrega de los documentos facturas certificado de la supervision, aportes seguridad social y tarjeta profesional del contador y antecedentes, se procede con la verificacion de fechas y valores del periodo de causacion por parte del area de presupuesto y el de pagos
3	Contabilizacion de 200 facturas por servicios publicos servicio mantenimiento y arrendamientos y 82 Documentos caja menor teniendo en cuenta la provision y el concepto de centro de costos según el caso.
4	contablizacion de NOTAS DEBITO Y CREDITO, (33) por ajustes por reclasificacion por numeros de facturas base para la retencion de impuestos y fecha factura y el concepto de centro de costos según el caso, Entrega a la profesional del area para su respectiva revision aceptacion y firma y entrega definitiva al area de tesoreria una por una las respectivas facturas con sus soportes notas debitos por informe CBI al area de suministros.
5	Revision 980 cuentas de cobro OPS,
6	Registro Rut para terceros y proveedores para caja menor.
7	

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

NO. DE PLANILLA	9482627204	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**		
SALUD:	**NUEVA EPS**	11/03/2025	$ 178.000		
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	11/03/2025	$ 0		
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	11/03/2025	$ 34.700		
OTRO					
TOTAL PAGADO			$ 212.700		

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 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 periodo. Documentos de Respuesta Agilsalud. Correo Electronico Institucional

FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC:38233377
CEL:3246847892

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-IA-FT-014** **VERSIÓN: 5** **FECHA: 2024-09-09**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/03/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA	**CC:**	38233377
CORREO ELECTRÓNICO:	marthaecardozo@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3246847892
DIRECCIÓN DOMICILIO:	Cr 68 C 57 H 17 sur Villa del rio	**CIUDAD:**	Bogotá, D.C.
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2025.			
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:**	***8480242992***

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	**PS 3210 2025**	**N° CDP:**	**3**	**N°. RP:**	**506**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGA: TRES (3) MESES**
FECHA DE INICIO CONTRATO	1/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/03/2025		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 8,757,060**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	DOS MILLONES NOVECIENTOS DIECINUEVE MIL VEINTE PESOS $ 2.919.020					

Martha E Cardozo

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA
C.C 38233377
Cel: 3246847892

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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA

CON C.C Nº 38.233.377

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 3210 2025**			**FECHA INICIO CONTRATO**	1/01/2025
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 8.757.060			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.919.020
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3	**Nº CRP INICIAL:**	506	**Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO**	3
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	3 MESES				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9482627204		**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	DIRECCION FINANCIERA-CUENTAS POR PAGAR				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA SEDE ADMINISTRATIVA				
	WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA €				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:		**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**					
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)

Nº DE PÓLIZA:	XX	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	XX
FECHA DE LA PÓLIZA	DD/MM/AAAA	**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	XX

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA 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 articulo 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 (01/03/2025) AL (31/03/2025),

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**WILLIAM HUMBERTO SALGADO GAMBOA (E)** **DIRECTOR FINANCIERO** **LINA YISBETH NIÑO PATIÑO PROFESIONAL ESPECIALIZADO** **REFERENTE CUENTAS POR PAGAR**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Téléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38233377		CARDOZO CERQUERA MARTHA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 68C # 57H-17 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1328186209	94826272O4	I	2025/03/19	2025/03/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$212,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$212,700	$0	$0	$212,700

2025/03/11 01:32 PM

aportes en línea

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 38233377		CARDOZO CERQUERA MARTHA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 68C # 57H-17 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1328186209	9482627204	I	2025/03/19	2025/03/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$212,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	38233377	CARDOZO MARTHA	0	$0	$0	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-7	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$0	$0			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2025/03/11 01:32 PM

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

Resolución No. 126695 del 20101112

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones

El JEFE DE DEPARTAMENTO DE ATENCION AL PENSIONADO de la Seccional CUNDINAMARCA del Seguro Social

En uso de sus facultades estatutarias y

C O N S I D E R A N D O :

Que el **22 de Septiembre de 2010**, se presentó a reclamar pensión de vejez el (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA No. 38.233.377**, números de afiliación **938233377** de la Seccional CUNDINAMARCA, por considerar cumplidos los requisitos legales para acceder a ella, teniendo como último empleador a **CARDOZO CERQUERA MARTHA ESPERANZA**, NIT No. **38233377**

Que en efecto de resolver la solicitud presentada, se procede a estudiar los documentos obrantes en el expediente y las normas aplicables, encontrando:

Que el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, establece el Régimen de Transición para las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley en mención acrediten 35 o más años de edad en el caso de las mujeres y 40 o más años de edad en el caso de los hombres, o más de 15 años de servicio, permitiendo aplicar la edad para pensionarse, el número de semanas o tiempo cotizado y el monto pensional del régimen anterior al que venía afiliados, el cual para el caso en cuestión se trata del artículo 12 del Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, que exige para acceder a la pensión de vejez acreditar 55 o más años de edad en el caso de las mujeres o 60 o más años de edad en el caso de los hombres y un mínimo de 500 semanas cotizadas al Seguro Social en los 20 años anteriores al cumplimiento de la edad o un total de 1000 semanas cotizadas en cualquier tiempo.

Que según los documentos obrantes en el expediente, el (la) asegurado(a) nació **el 29 de Julio de 1955**, concluyendo que acredita la edad necesaria para acceder a la prestación solicitada.

Que revisados los reportes de semanas cotizadas por el (la) asegurado(a) a través de los Sistemas de Facturación y Autoliquidación de Aportes, expedidos por las Gerencias Nacionales de Historia Laboral y Nómina de Pensionados de la Vicepresidencia de Pensiones y de Recaudo y Cartera de la Vicepresidencia Financiera del Instituto de Seguros Sociales, luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por los artículos 53 del Decreto 1406 de 1999 y 9 del Decreto 510 de 2003, se establece que el (la) asegurado(a) cotizó a este Instituto en forma interrumpida un total de **1298** semanas, desde su ingreso el **16 de Enero de 1975** hasta el **30 de Julio de 2010**, de las cuales **751** semanas se cotizaron en los últimos 20 años anteriores al cumplimiento de la edad.

Que es importante resaltar respecto del conteo de tiempos, que los aportes efectuados después del 01 de marzo de 2003, no pueden ser tenidos en cuenta para el conteo de semanas, puesto que no se registra pago por el mismo lapso para el Sistema Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo señalado por el Decreto 510 de 2003 que exige que los aportes al Sistema General de Pensiones se realicen de manera concomitante y sobre el mismo Ingreso Base de Cotización para el Sistema de Salud.

Que el Ingreso Base de Liquidación, según lo dispuesto por la Dirección Jurídica Nacional y la Vicepresidencia de Pensiones del Seguro Social, mediante Circular N° 588 del 26 de febrero de 2004, para las personas que les faltare más de 10 años, será calculado de conformidad con lo establecido en el artículo 21 de la Ley 100 de 1993, es decir, el promedio de lo devengado durante los últimos 10 años o el de toda la vida si tuviere 1250 semanas o más cotizadas, actualizado anualmente con base en la variación del Índice de Precios al Consumidor, según certificación que expida el DANE.

Que de conformidad con lo anteriormente expuesto, se procederá a conceder pensión de vejez al (la) señor(a) **MARTHA ESPERANZA CARDOZO CERQUERA**, toda vez que acredita los requisitos para acceder a ella, a partir del **01 de Noviembre de 2010** (corte de nómina) por cuanto no existe novedad de retiro del Sistema de Pensiones, de conformidad con lo dispuesto en los 13 y 35 de Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, en aplicación por remisión que hace el artículo 31 de la Ley 100 de 1993, según los cuales la pensión se comienza a cancelar, previo el cumplimiento de los requisitos para acceder a ella, a partir del día siguiente a la fecha en que se acredite el retiro del servicio o la fecha de desafiliación del Régimen de Seguridad Social.

17/11/2010