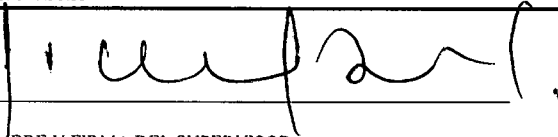


 Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN			CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:				51.835.791		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4712 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:		\$ 14.320.905		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		\$ 2.539.936
Nº DE INFORME:		4		Nº CRP:		10741
				Nº CDP:		504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:		I		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES
				I		PRORROGAS
VALOR ADICIONADO		\$ 9.400.377		CDP DE LA ADICIÓN:		1185
				CRP DE LA ADICIÓN:		
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:		
				CRP DE LA ADICIÓN:		
III. POLIZAS						
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?		SI		NO		X
Nº DE 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 actividades específicas realizadas durante el mes)						
ITEM						
1 ENTREGA DE CRONOGRAMA DE EL MES DE ,ACTUALIZADO CON LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR.						
2 SE DILIGENCIAN FORMATOS, PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE ,EN LA LOCALIDAD SANTA FE TERRITORIO 178,BARRIOS CARTAGENA Y EL TRIUNFO.						
3 ASISTIR A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE EL MES DE: 2024 POR PARTE DE EL LIDER DE EL EQUIPO.						
4 SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA						
5 REALIZAR LAS CANALIZACIONES EN FECHA OPORTUNA, TIEMPO 24 HORAS,SE DEBE CANALIZAR OBESIDAD, FINDRISH ALTO GLUCOMETRIA MAYOR A 180 ENTRE OTRAS.						
6 DERIVACIONES A PCF ,PROFESIONALES CORRESPONDIENTES SEGUN CRITERIOS COMO, DISCAPACIDAD,GESTANTES,SALUD BUCAL.. ENFERMEDAD PERIODONTAL						
7 ABORDAJE 100 POR CIENTO DE LOS CASOS CON ACCIONES PROMOCIONALES Y DE GESTIÓN DEL RIESGO,LOS RUTEOS,GESTANTES NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO,CON RIESGO DE DESNUTRICION.						
8 SE REALIZA LA ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS POR LA PARTE ADMINISTRATIVA, SIGUIENDO LAS INDICACIONES.						
9 ENTREGA DE PRE AUDITORIA AL DIA A LA JEFE DE EQUIPO Y ENTREGA DE EQUIPOS BIO MEDICOS PARA REVISARLOS.						
10 REALIZAR LAS DEMAS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS POR LA SUPERVISION.						
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		85675824		OPERADOR:		MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:		COMPENSAR		09/04/2025		\$ 178.000
PENSIÓN:						
RIESGOS LABORALES:		SURA		09/04/2025		\$ 34.700
OTRO		CCF COMPENSAR		09/04/2025		\$ 28.500
		TOTAL PAGADO				\$ 241.200
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 calculó 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 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						
Martha Silva Zapata						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA						
CC: 51.835.791						
CEL 3224413083						

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA	CC:	51.835.791
CORREO ELECTRÓNICO:	marccsiza@hotmail.com	RUT (NIT):	51.835.791
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 68 SUR 77J 16	TELÉFONO:	3224413083
		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 párrafo 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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)		Nº CUENTA:	008970347848
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4712 2025	Nº CDP:	1185
		Nº. CRP:	
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
			TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 14.320.905
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025		
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.539.936		
	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS		
Martha Silva Zapata			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA			
CC:	51.835.791		
CEL:	3224413083		

		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			MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA								
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			51.835.791								
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4712 2025		FECHA INICIO CONTRATO 10/02/2025							
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.920.528									
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.320.905		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 2.539.936							
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		4 de 4		Nº CRP INICIAL: 10741 Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 504							
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS									
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		85675824		OPERADOR: MI PLANILLA							
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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											
Nº DE MODIFICACIÓN:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):		ADICIÓN (1)		PRÓRROGA (1)			
VALOR ADICIONADO		\$ 9.400.377		CDP DE LA ADICIÓN:		1185		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS	
VALOR ADICIONADO				CDP DE LA ADICIÓN:				RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)											
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:							
FECHA DE LA PÓLIZA				ACTO ADMINISTRATIVO DE							
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 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 01/04/2025 al 30/04/2025											
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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA		cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.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
					EMPLAADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85675824	\$241.200

ETALLE POR COTIZANTE

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Suplente	Exemplar	Colaborador	Tramitador	OTRO	RET	REI	REB	REJ	REK	REL	REO	REU	REY	REZ	REAA	REAB	REAC	READ	REAE	REAF	REAG	REAH	REAI	REAJ	REAK	REAL	REAN	REAO	REAP	REAR	REAS	REAT	REAU	REAV	REAW	REAX	REAY	REAZ	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cota de Seguro	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
CC	51835791	SILVA ZAPATA MARTHA CECILIA				59	A		N																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51835791	MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA		cl 65 h 78j-03 sur	7755187	marcesiza@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-03		2025-03	I	09/04/2025	85675824 \$241.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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

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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0/	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.200	241.200

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

INFORMA:

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, identificado(a) con Documento No. 51,835,791, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Nov.08/22	DEVOLUCION_SALDOS	\$30,881,343.00

Así las cosas el(la) Señor(a) MARTHA CECILIA SILVA ZAPATA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 11 días del mes de Marzo de 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes