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

MARY LEADY MARTINEZ FRIAS

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.001.181.370				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4256 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	17/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.331.627	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	VEINTICINCO (25) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.166.696	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.094.874		
N° DE INFORME:	5	**N° CRP:**	9801	**N° CDP:**	55
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) 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

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	2	**PRORROGAS**	2	
VALOR ADICIONADO	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9801	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**	9801	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X	
N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**			
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**			

ÍTEM	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)
1	REALIZAR VISITAS Y SEGUIMIENTOS A USUARIOS PARA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR
2	ASISTIR A FORTALECIMIENTOS Y ASISTENCIAS TECNICAS PARA MANEJO DE HERRAMIENTAS (GITAPPS)
3	NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA ENCONTRADOS EN EN CADA INTERVENCION
4	REGISTRAR DE MANERA OPORTUNA LAS VISITAS REALIZADAS A LOS DIFERENTES USUARIOS EN EL APLICATIVO GITAPPS
5	ESTABLECER COMPROMISOS A SEGUIR CON LOS USUARIOS EN PLAN DE CUIDADO FAMILIAR
6	REALIZAR CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE CADA UNO DE LOS DIAS DEL CONVENIO
7	DILIGENCIAR DE MANERA OPORTUNA Y CON CALIDAD LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES EN EL MOMENTO DE REALIZAR LAS VISITAS
8	IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA RIESGOS Y NECESIDADES Y GESTIONAR LAS MISMAS
9	DERIVAR A LOS USUARIOS A PSICOLOGIA CUANDO SE IDENTIFICAN RIESGOS PSICOSOCIALES
10	REALIZAR EDUCACION ACERCA DEL FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL IDENTIFICADO EN CADA FAMILIA

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	102676983	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SURA	13/05/2025	$ 201.900
PENSIÓN:	PROTECCION	13/05/2025	$ 258.400
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/05/2025	$ 39.400
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 499.700**

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 calculó 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 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 período correspondiente

Leady Martinez.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARY LEADY MARTINEZ FRIAS
CC: 1.001.181.370
CEL 3212241029

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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARY LEADY MARTINEZ FRIAS	**CC:**	1.001.181.370
		RUT (NIT):	1.001.181.370
CORREO ELECTRÓNICO:	marylcady1@gmail.com	**TELÉFONO:**	3212241029
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 59 SUR 10 23	**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.

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:	BANCOLOMBIA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	67322968709

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4256 2025	**N° CDP:**	1185	**N°. CRP:**	9801	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 28.166.696
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4.094.874					
	CUATRO MILLONES NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS					

Leady Martinez.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARY LEADY MARTINEZ FRIAS
CC: **1.001.181.370**
CEL: **3212241029**

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	MARY LEADY MARTINEZ FRIAS
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.001.181.370

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 4256 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	17/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 3.331.627				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 28.166.696			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4.094.874
N° PAGO / N° DE INFORME:	5 de 5	**N° CRP INICIAL:**	9801	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	55
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	102676983	**OPERADOR:**	SIMPLE		
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

N° DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (2)
VALOR ADICIONADO	$ 9.560.320	**CDP DE LA ADICIÓN:**	358	**RP DE LA ADICIÓN:**	9801	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS
VALOR ADICIONADO	$ 15.274.749	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**	9801	**TIEMPO PRORROGADO:**	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**	
FECHA DE LA PÓLIZA		**ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:**	

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 01/05/2025 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: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 07:36:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072676983

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025

PAGADO 13/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARY LEADY MARTINEZ FRIAS		
Documento	CC1001181370	**Dirección**	CL 59 SUR #10 - 23 TORRE 3 AP 1702
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212241029
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001181370	MARY LEADY MARTINEZ FRIAS	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.614.676	$ 258.400	(EPS010) EPS SURA	$ 1.614.676	$ 201.900	2,436	$ 1.614.676	$ 39.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.614.676	$ 1.614.676	$ 1.614.676	$ 0	$ 258.400	$ 201.900	$ 39.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.700	$ 0	$ 499.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Bancolombia

Comprobante en línea

13 May 2025 19:35:04

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 1479128732

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
10.0.19.58

Fecha
13 May 2025 19:35:04

Referencia 2
CC

Número de factura
1072676983

Referencia 3
1001181370

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
$499,700

Número de comprobante
TR1934078732

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 8709**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA