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	DOS (2) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.320.905		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.492.456	
N° DE INFORME:	4	N° CRP:	10866	N° CDP:	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	CRP DE LA ADICIÓN:	10866	TIEMPO PRORROGADO:	TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		CRP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X	
N° 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)

ÍTEM	
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	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
3	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
4	SE PARTICIPA DE ASISTENCIA TECNICA A TODAS LAS QUE SEAN PROGRAMADAS DURANTE EL PERIODO
5	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
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:	9485400098	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	12/05/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/05/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	12/05/2025	$ 28.500
	TOTAL PAGADO		$ 469.000

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

alejandra leon

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 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 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:	ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ	**CC:**	51.942.076
		RUT (NIT):	51.942.076
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.

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 BBVA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	18001868

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4717 2025	**N° CDP:**	1185	**N°. CRP:**	10866	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS
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 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.492.456					
	DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS					

alejandrina leon

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 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:	$ 14.320.905			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.492.456
N° PAGO / N° DE INFORME:	4 de 4	N° CRP INICIAL:	10866	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9485400098		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (1)
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	CDP DE LA ADICIÓN:	1185	RP DE LA ADICIÓN:	10866	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)

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

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 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
2025-04	2025-04	1471260045	9485400098	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
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**
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
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
1	CC	51942076	LEON ALEJANDRINA	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	$34,700	30	$0	$0
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

BBVA

Pago exitoso

$469.000,00

9 may, 2025–8:36:03 PM

Producto o servicio	Pago de la Planilla de aportes con clave: 9485400098 APORTES EN LINEA
Pagaste con	Cuenta de Ahorros *1868
Código de confirmación (CUS)	1471260045
IP	0.0.0.0

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 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
2025-04	2025-04	1471260045	9485400098	I	2025/05/20	2025/05/12	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

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**