

	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		
MARIA PAULA MAHECHA PINEDA		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.031.124.637
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 4941 2025	FECHA INICIO CONTRATO 24/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.772.405	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (01) MES Y DIECISEIS (16) DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.172.782	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: 2,520,496
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP: 11168 / Nº CDP: 561
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y SIETE (7) 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN
VALOR ADICIONADO	\$ 9.400.377	ADICIONES 1185
VALOR ADICIONADO		ADICION (1) 11168
		PRORROGAS
		PRORROGA (1) TRES (3) MESES Y VENTITUN (21) DIAS
		TIEMPO PRORROGADO:
		TIEMPO PRORROGADO:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO X
Nº DE POLIZA:		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	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS	
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO	
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIJAOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS	
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL	
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS	
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE	
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES	
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR	
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA	
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	9485907456	OPERADOR: MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
SALUD:	COMPENSAR	12/05/2025
PENSIÓN:	PORVENIR	12/05/2025
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/05/2025
OTRO	MORA	
TOTAL PAGADO		\$ 440.500
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		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA PAULA MAHECHA PINEDA CC: 1.031.124.637 CEL 3022919590		

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: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA PAULA MAHECHA PINEDA	CC:	1.031.124.637
CORREO ELECTRÓNICO:	paulitamahe@gmail.com	RUT (NIT):	1.031.124.637
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 31 17 99	TELÉFONO:	3022919590
		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	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	23700062732
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)					

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4941 2025	N° CDP:	1185	N° CRP:	11168	CINCO (5) MESES Y SIETE (7) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13.172.782	

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025

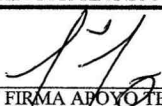
VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL
PERIODO OBJETO DE COBRO EN
(LETRAS Y NUMEROS)

2,520,496

DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS Pesos

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA PAULA MAHECHA PINEDA

CC: 1.031.124.637
CEL: 3022919590

		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			MARIA PAULA MAHECHA PINEDA			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.031.124.637			
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 4941 2025		FECHA INICIO CONTRATO		
				24/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.772.405				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 13.172.782		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		
				2,520,496		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		3 de 3		Nº CRP INICIAL:		
				11168		
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y SIETE (7) DIAS				
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		9485907456		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):		
				ADICION (1)		
VALOR ADICIONADO		\$ 9.400.377		PRORROGA (1)		
				TRES (3) MESES Y VENTIUN (21) DIAS		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		
		1185		11168		
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		
				TIEMPO PRORROGADO:		
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:				
		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:				
FECHA DE LA PÓLIZA		FECHA DE LA 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				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031124637		MARIA PAULA MAHECHA PINEDA	INDEPENDIENTE	Principal	CR 31 N 17-99	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3022919590	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472824540	9485907456	I	2025/05/12	2025/05/12	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																											
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes													
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Reti	de	tae	tdp	tap	vpv	cor	vs	sln	lge	lma	vac	avp	lvt	lrv	vp	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días		IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																																											
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500		\$34,700		\$0	\$0			\$440,500
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																																											
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500		\$34,700		\$0	\$0			\$440,500
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																																											
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500		\$34,700		\$0	\$0			\$440,500
1	CC	1031124637	MAHECHA MARIA																	23030	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	2.43%	\$34,700	0	\$0	\$0	No	\$440,500		
Total Afiliados(1)																																											
																							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500		\$34,700		\$0	\$0			\$440,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031124637		MARIA PAULA MAHECHA PINEDA	INDEPENDIENTE	Principal	CR 31 N 17-99	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3022919590	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-04	2025-04	1472824540	9485907456	I	2025/05/12	2025/05/12	NEQUI	0	\$440,500

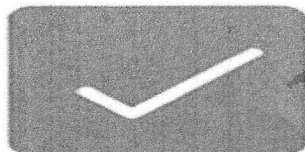
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
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	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500



Comprobante de pago

Nequi

¡Pago exitoso!



Pago en
¿Cuánto?

Fecha

Referencia

Aportes En Linea

\$ 440.500,00

10 de mayo de 2025 a
las 04:58 p. m.

M13494645

Agencia de Regulación y Vigilancia
de Valores
VICILADO