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

ZORAIDA MOLINA QUINTANA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.054.539.714				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 4692 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:	$ 14.920.905		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		$ 2.520.496
N° DE INFORME:	3	**N° CRP:**	10854	**N° CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCL	CINCO (5) MESES Y (21) VEINTIUN 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	$ 600.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1038	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10854	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**	10854	**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 ACTIVIDADES COMO AUXILIAR CUIDADOR EN ESTRATEGIA DE RELEVO
2	PRESENTARSE CON EL FAMILIAR Y PACIENTE Y DARLE A CONOCER TODO EL PROCESO QUE SE VA A REALIZAR DURANTE EL CUIDADO POR PARTE DEL AUX CUIDADOR
3	SE REALIZARÁ TOMA DE SIGNOS CADA DOS HORAS
4	SE ASISTIRA AL BAÑO CUANDO EL PACIENTE ASÍ LO REQUIERA SE HARÁN ACTIVIDADES DE BIENESTAR PARA EL PACIENTE
5	PRESTAR SUS SERVICION CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD, PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDAD DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES , SUSCRITO AL FDS Y LA SUB RED PRESENTAR MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADOS A DESARROLLAR
6	REALIZAR APROPACION CONCEPTUAL DANDO ES PERFIL CON LOS LINEAMIENTOS» FINANCIAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPO * BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITOS ENTRE EL FDS Y LA SUBRED
7	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TÉCNICA DESDE LOS DIFERENTOS PROCESOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES CONFORME A SU SABER DISCIPLINA PROFUNDIZAR Y PROFECIONAL DE LOS REQUERIMIENTOS PROPIOS TRANSVERALAS
8	REALIZAR LA REVISIÓN, ALISTAMIENTO Y ENTREGA CON CALIDAD DO CADA UNO DE LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES O VALORACIONES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES O INTERVENCIONES REALIZADAS EN CUMPLIMIENTO A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS
9	PARTCIPAR Y EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS ACTIVAS Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERESE EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DO MA INTERVENCIONES Y PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES
10	PARTICIPAR EN LAS DIFERENTES DINÁMICAS CONVOCADAS POR FDS DE ACUERDO A LOS BASES ASIGNADAS Y ENTRARSE A LAS ACTIVIDADES , METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRA MURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1072667026	**OPERADOR:**	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**	
SALUD:	COMPENSAR	14/05/2025		$	178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/05/2025		$	34.700
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/05/2025		$	227.800
OTRO	MORA	14/05/2025		$	2.400
	TOTAL PAGADO			**$**	**442.900**

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 periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC: 1.054.539.714
CEL 3042583910

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:	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	**CC:**	1.054.539.714
		RUT (NIT):	1.054.539.714
CORREO ELECTRÓNICO:	molinazoraida776@gmail.com	**TELÉFONO:**	3042583910
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77 H 73 48	**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 AV VILLAS				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**Nº CUENTA:**	49969556

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
Nº DEL CONTRATO:	PS 4692 2025	**Nº CDP:**	1038	**Nº. CRP:**	10854	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:
						CINCO (5) MESES Y (21) VEINTIUN DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.920.905
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 2.520.496					
	DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ZORAIDA MOLINA QUINTANA
CC: 1.054.539.714
CEL: 3042583910

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	ZORAIDA MOLINA QUINTANA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.054.539.714				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 4692 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.920.905		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2.520.496	
N° PAGO / N° DE INFORME:	3 de 3	**N° CRP INICIAL:** 10854	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y (21) VEINTIUN DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1072667026	**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	$ 600.000	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1038	**RP DE LA ADICIÓN:**	10854	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 9.400.377	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**	10854	**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**	

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 VALDUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-14, 02:14:44 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1072667026

Periodo Cotización: abril de 2025 | Periodo Servicio: abril de 2025 | Referencia pago 8823142064

PAGADA 14/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZORAIDA MOLINA QUINTANA		
Documento	CC1054539714	Dirección	CR 22A #71 - 64
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3042583910
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	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 1054539714	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	59	0																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$1,423,500	$227,800	(EPS008) COMPENSAR EPS	$1,423,500	$178,000	2.436	$1,423,500	$34,700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500

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
$1,423,500	$1,423,500	$1,423,500	$0	$227,800	$178,000	$34,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$440,500	$2,400	$442,900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

MAY 13 2025 16:07:59 RBMDFS10.5

CORRESPONSAL
MEGANET BOSA
CL 65 78L 50 SUR LC 1

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0025587239 TER: AAG00539
V.ELECTRON Cc
**0815 RECIBO: 008270 RRN: 014782
RECAUDO APRO: 898533

SERVICIO: 0000006347
FACTURA: 0000000008823142064

**** PAGO FACTURA ****

TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 442.900

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

MAY 13 2025 - 16:07:56

CORRESPONSAL
MEGANET BOSA
CL 65 78L 50 SUR LC 1
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000006347
FACTURA: 0000000008823142064
VALOR: $ 442.900

TOTAL: $ 442.900