



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

JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		1.026.261.254	
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE PARA EL CONVENIO MÁS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5086 2025	FECHA INICIO CONTRATO 12/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.053.836	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO	VEINTINUEVE (29) DIAS ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.202.515	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 4.651.302	
Nº DE INFORME:	3	Nº CRP:	11711 ✓
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN	ADICIONES	1	PRORROGAS	1
VALOR ADICIONADO	\$ 20.148.679	CDP DE LA ADICIÓN:	1185 ✓	CRP DE LA ADICIÓN:	11711 ✓	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
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)

ÍTEM	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	SE REALIZAN ACTIVIDADES DE PLANEACIÓN COMO PARTE DEL SEGUIMIENTO A LAS COHORTES DE RIESGO SOCIALIZANDO CON PROFESIONALES Y PROMOTORES EL ORDEN DE PRIORIZACIÓN DE LOS USUARIOS
2	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE CUIDADO CON REVISIONES DE LOS AVANCES EN LA BASE DE RÚTEO
3	DESARROLLO DE ACOMPAÑAMIENTOS EN CAMPO COMO PARTE DEL MONITOREO Y PERTINENCIA DE LA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS
4	SE LLEVAN A CABO FORTALECIMIENTOS TÉCNICOS DE ACUERDO A LA COHORTE DE RIESGO CON PROFESIONALES Y PROMOTORES
5	SE REALIZA MONITOREO A LOS INDICADORES DE ACUERDO A LAS METAS ESTABLECIDAS EN CADA COHORTE DE RIESGO
6	DESARROLLO DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS IDENTIFICANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA Y LOGROS ALCANZADOS
7	PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE ANÁLISIS FAVORECIENDO LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE CADA COHORTE DE RIESGO EN SALUD
8	REDACCIÓN DE INFORME DE GESTIÓN DE LA GESTIÓN DE LA BASE DE RÚTEO Y DE CADA COHORTE DE RIESGO DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN REPORTADA EN EL APLICATIVO GTAPS
9	SE GENERAN ALERTAS SEMANALES IDENTIFICADAS DESDE LAS COHORTES AL EQUIPO DE COORDINACIÓN Y PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTIÓN OPERATIVA
10	PARTICIPACIÓN ACTIVA Y RESPUESTA OPORTUNA A LAS CONTINGENCIAS PRESENTADAS DESDE LA SDS CON LA POBLACIÓN

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	86609426	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	15/05/2025	\$ 232.600
PENSIÓN:	COLFONDOS	15/05/2025	\$ 297.700
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/05/2025	\$ 45.400
OTRO	MORA	15/05/2025	\$ 500
TOTAL PAGADO			\$ 576.200

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 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)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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

Johanna Avila

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO
CC: 1.026.261.254
CEL 3168017863

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO	CC:	1.026.261.254
		RUT (NIT):	1.026.261.254
CORREO ELECTRÓNICO:	alexaviron@yahoo.es	TELÉFONO:	3168017863
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 88 C 45 A 66 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 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	Nº CUENTA:	008400755214
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)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5086 2025	Nº CDP:	862	Nº. CRP:	11711 /	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: 0
FECHA DE INICIO CONTRATO	12/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025 /		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 25.202.515	

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

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

\$ 4.651.302

CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS DOS PESOS

Johanna Avila

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO

CC: 1.026.261.254

CEL: 3168017863

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.026.261.254

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE PARA EL CONVENIO MÁS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5086 2025	FECHA INICIO CONTRATO	12/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.053.836		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 25.202.515	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 4.651.302
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	3 de 3	Nº CRP INICIAL:	11711 / Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1185 ✓
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y VEINTE (20) DIAS		
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	86609426	OPERADOR:	COMPENSAR
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:		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO	\$ 20.148.679	CDP DE LA ADICIÓN:	1185 / RP DE LA ADICIÓN: 11711 / 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 APROBACIÓN:	

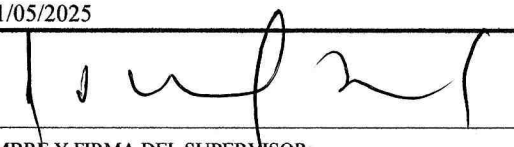
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS


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 TELÉZ VALBUENA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026261254	JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO		KR 88 C 45 A 66 SUR	7231660	alexaviron@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-04	2025-04	1	15/05/2025	86609426	\$576.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	232.600	0	0	0	0	1	200	0	232.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	297.700	0	0	0	0	1	200	0	297.900	1

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	45.400				45.400	1	100	45.500			454	45.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	232.600	232.800
Pensión	1	297.700	297.900
Riesgos Laborales	1	45.400	45.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	575.700	576.200

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	CC	NÚMERO	1026261254
FORMA PRESENTACION	UNICA	CLASE APORTANTE	I - Independiente
NOMBRE APORTANTE	JOHANNA ALEXANDRA AVILA RONCANCIO		
DIRECCION	KR 88 C 45 A 66 SUR		
TELÉFONO	7231660		
CORREO	alexaviron@yahoo.es		
CIUDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.		
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D. C.		
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO		

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	PLANILLA	TPO PLANILLA
2025-04	2025-04	I	I
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	FECHA PAGO PLANILLA (DI/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
2025-04	2025-04	15/05/2025	86609426
TOTAL A PAGAR		\$576.200	
CANTIDAD	EMPLADOS	UPC	0

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE															
Apellidos y Nombres															
AVILA RONCANCIO JOHANNA ALEXANDRA															
1	CC	1026261254													
INFORMACION NOVEDADES															
CORRECCION															
Cód. AFP	231001	IBC AFP	1.660.520	287.700											
PENSION															
Fondo pensional solidario	0	Fondo de subsidencia	0	Cód. EPS	EPS010	IBC EPS	1.660.520	232.600							
SALUD															
Cotización / Valor UPC	14-23	IBC ARL	1.660.520	3	45.400										
RIESGOS LABORALES															
Cotización		Código CCF		IBC CCF		Aportes parafiscales	0	IBC otros parafiscales	0	Aportes SENA	0	Aportes ICBF	0	Aportes ESAP	0
PARAFISCALES															

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1482375498

Destino de pago

COMPENSAR-01

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

15/05/2025

Número de aprobación

00375498

Dirección IP

181.53.96.21

Valor transacción

\$ 576.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1026261254

