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

MARIA YOHANA MONDRAGON VACA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1.033.817.872				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4629 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	08/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.084.546	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.566.793	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 483.140		
N° DE INFORME:	2	**N° CRP:**	10868	**N° CDP:**	504
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INC	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) 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	$ 9.482.247	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**CRP DE LA ADICIÓN:**		**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:**			

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	ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO, CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES AL PROFESIONAL DE APOYO DEL EQUIPO.
3	EN LA SEMANA SE REALIZA CARATERIZACION, ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LA LOCALIDAD 4 DE SAN CRISTÓBAL
4	SE ASISTE A CAPACITACIÓN EN LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
5	SE ESTABLECE UNA META DE 28 CARACTERIZACIONES IDENTIFICANDO RIESGOS EN SALUD, TENIENDO EN CUENTA QUE SE DEBE BRINDAR EDUCACIÓN EN SIGNOS DE ALARMA EN MENOR DE 5 AÑOS, GESTANTES Y CRONICOS, EDUCACIÓN EN HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE Y USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.
6	SE REALIZA ALISTAMIENTO Y ENTREGA DE CADA UNO DE LOS SOPORTES DEL MES.
7	SE HACE ENTREGA DE LA CUENTA DE COBRO DEL MES SEGÚN EL CRONOGRAMA DE ENTREGA A LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS.
8	AL MOMENTO DE IDENTIFICAR RIESGOS EN SALUD ACTIVO Y NOTIFICO DE ACUERDO AL EVENTO EN INTERES, COMO SIVIM, SISVECOS, SISVAN Y VESPA.
9	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO EN EL APLICATIVO EN LÍNEA CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD REQUERIDOS PARA EL PROCESO.
10	SE REALIZA META CORRESPONDIENTE AL MES, CON LA CALIDAD Y OPORTUNIDAD DEL DATO, TENIENDO EN CUENTA LA APLICACIÓN DE LOS TAMIZAJES REQUERIDOS SEGÚN CURSO DE VIDA Y RIESGO IDÉNTICADO EN LA POBLACIÓN INTERVENIDA.

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

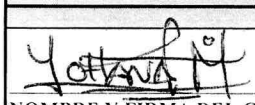
No. DE PLANILLA:	9481756887	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS	12/03/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/03/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/03/2025	$ 34.700
OTRO			
	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 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



NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA YOHANA MONDRAGON VACA
CC: 1.033.817.872
CEL 3001039621

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:	MARIA YOHANA MONDRAGON VACA	**CC:**	1.033.817.872
		RUT (NIT):	1.033.817.872
CORREO ELECTRÓNICO:	yohanamondragon34@gmail.com	**TELÉFONO:**	3001039621
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5I 49A 41 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 DE BOGOTÁ				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	237449582

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)						
N° DEL CONTRATO:	PS 4629 2025	**N° CDP:**	1185	**N°. CRP:**	10868	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	08/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		31/07/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 14.566.793
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/03/2025 AL 31/03/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 483.140					
	CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIENTO CUARENTA PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA YOHANA MONDRAGON VACA

CC: **1.033.817.872**

CEL: **3001039621**

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	MARIA YOHANA MONDRAGON VACA				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1.033.817.872				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4629 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	08/02/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 5.084.546				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 14.566.793	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 483.140		
N° PAGO / N° DE INFORME:	2 de 2	**N° CRP INICIAL:**	10868	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	504
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (1) MES Y VEINTINUEVE (29) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	9481048722	**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	$ 9.482.247	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1185	**RP DE LA ADICIÓN:**		**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**	

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 01/03/2025 al 31/03/2025

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

Certificado de Aportes

Se certifica que MARIA YOHANA MONDRAGON VACA identificado(a) con CC 1033817872 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

MONDRAGON VACA MARIA YOHANA CC 1033817872

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-04	2025-04	08643500	9485333955	I	2025-05-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$1,423,500	$34,700
EPS	SANITAS	30	12.5%	$1,423,500	$178,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-03	2025-03	08607025	9483064958	I	2025-05-20																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$1,423,500	$34,700
EPS	SANITAS	30	12.5%	$1,423,500	$178,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-02	2025-02	1000001086	9481756887	I	2025-03-12																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$1,423,500	$34,700
EPS	SANITAS	30	12.5%	$1,423,500	$178,000

Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2025-01	2025-01	1000000113	9481048722	I	2025-02-18							X										

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PROTECCION	30	16%	$1,423,500	$227,800
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$1,423,500	$34,700
EPS	SANITAS	30	12.5%	$1,423,500	$178,000

Este certificado se expide el día 2025-05-20 a las 05:36.

aportes en línea

Comprobante Liquidación

Datos Generales Del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 1033817872		MONDRAGON VACA MARIA YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	nomina.osa@gmail.com	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3182955104

Clave: 9481048722

Pague hasta	Dias de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2025/02/17	0	$0	$440,500
2025/02/18	0	$0	$440,500
2025/02/19	1	$500	$441,000
2025/02/20	2	$800	$441,300
2025/02/21	3	$1,000	$441,500
2025/02/24	6	$2,000	$442,500
2025/02/25	7	$2,200	$442,700
2025/02/26	8	$2,500	$443,000
2025/02/27	9	$2,800	$443,300
2025/02/28	10	$3,100	$443,600

Periodo Pensión: 2025-02 **Periodo Salud: 2025-02**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$227,800
PROTECCION		1	$227,800
ARL	1	1	$34,700
ARL SURA		1	$34,700
EPS	1	1	$178,000
SANITAS		1	$178,000
SUBTOTAL			$440,500
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$440,500

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

efecty éxito SURTIMAX Carulla

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

FEB 17 2025 15:16:23 REMICT10.6
CORRESPONSAL
CIBER Y STATIONERY LA
CL 49B 5I 40 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: 0021187539 TER: SXLZZ049
V.ELECTRON Cc
**1224 RECIBO: 000048 RRN: 000278
RECAUDO APRO: 673060

SERVICIO: 0000001506
FACTURA: 0000000009481048722
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 440.500

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