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 Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2
FECHA: 2025-06-09

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

JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ

CON C.C Nº	1.012.424.746
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÒNDE 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 4280 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	21/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.665.301**		**No. HORAS EJECUTADAS**	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27.500.370			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 4.315.331**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES Y ONCE (11) DIAS				

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05

ITEM	II. 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	OBSERVACION 1, VALOR INDEXACION $ 207,045
2	OBSERVACION 2,VALOR DE LOS HONORARIOS $4,108,286
3	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMINETO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
4	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO Y DILIGENCIAMINETO DE FORMATOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES
5	APROPIACIÓN DE FICHAS TÉCNICAS ESTIPULADAS PARA EL ABORDAJE DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESTRATEGIA RBC.
6	ASISTENCIA PRESENCIAL Y VIRTUAL DE LAS DIFERENTES ASISTENCIAS TÉCNICAS ESTIPULADAS DENTRO DEL CRONOGRAMA.
7	REALIZAR ENTREGA OPORTUNA DE FORMATOS EN FÍSICO, BASE DE PROYECTOS DE INVERSIÓN, FORMATOS DE CANALIZACIÓN, DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO
8	EJECUCIÓN DE ACCIONES EN CAMPO, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE CANALIZACIÓN.
9	DILIGENCIAMIENTO DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SIVIM SISVECOS
10	REALIZAR PROCESOS DE ACTUALIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES DE LA ESTRATEGIA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD (RBC) CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES DE ZARIT Y WHODAS.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87362258	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**FAMISANAR**	6/12/2025	**$ 189.500**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	6/12/2025	**$ 242.500**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	6/12/2025	**$ 37.000**
OTRO	**COLSUBSIDIO**	6/12/2025	**$ 30.400**
	TOTAL PAGADO		**$ 499.400**

V. 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 calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ** **CC No 1012424746**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ	**CC:**	1012424746
CORREO ELECTRÓNICO:	JULIETHLORENA9528@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3028306263
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AV CARRERA 70 C NO 57 R 27 SUR	**CIUDAD:**	Bogota

Manifiesto bajo la gravedad del juramento	
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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORRO***	**N° CUENTA:**	***5,50006E+14***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 4280 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 4.108.286**
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ
C.C 1012424746
Cel: 3028306263

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012424746	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ	av carrera 70c No 57R-15 SUR	3028306263	7julieta2414@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87362258	$499.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	189.500	0		0		0	0	0	0	189.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	242.500	0	0	0	0	0	0		242.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	37.000				37.000	0	0	37.000			370	37.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	30.400	0	0	30.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	189.500	189.500
Pensión	1	242.500	242.500
Riesgos Laborales	1	37.000	37.000
CCF	1	30.400	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	499.400	499.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012424746	JULIETH LORENA PAEZ RODRIGUEZ	av carrera 70c No 57R-15 SUR	3028306263	7julieta2414@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87362258	$499.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012424746	PAEZ RODRIGUEZ JULIETH LORENA	59	0			N								X								230301	1.515.503	242.500	0	0	0	0	EPS017	1.515.503	189.500	14-11	1.515.503	3	37.000	CCF22	1.515.503	30.400	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Número de Aprobación
00473899

Fecha
12/06/2025

Dirección IP
186.102.38.192

Valor transacción
$499.400,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2
CC

Referencia 3
1012424746