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					
MARIA ELENA MENCO ACUÑA					
	CON C.C Nº	1.102.577.217			
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 5096 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	18/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 2.214.238**	**No. HORAS EJECUTADAS**	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 11.614.615**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$**	**2.553.736**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO (4) MESES (12) 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 COBRO DE INDEXACION POR EL VALOR DE $15548 PESOS
2	OBSERVACION 2 COBRO DE HONORARIOS POR $ 2538188 PESOS
3	PRESTAR SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS
4	INCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS
5	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES
6	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS
7	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN ELRIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS
8	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS
9	REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS 017 BARRIO LA PAZ Y 051 BARRIO CARMEN DEL SOL VERIFICACION DE MAPAS Y MANZANAS ASIGNADAS PARA LA UBICACIÓN DE LAS FAMILIAS A INTERVENIR TODOS LOS DIAS
10	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO TODOS

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:	33483880	**OPERADOR:**	ASOPAGOS	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**	
SALUD:	**MUTUAL SER**	16/06/2025	**$ 178.000**	
PENSIÓN:	**PORVENIR**	16/06/2025	**$ 227.800**	
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	16/06/2025	**$ 34.700**	
OTRO	**MORA**	16/06/2025	**$ 3.000**	
	TOTAL PAGADO		**$ 443.500**	

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	**MARIA ELENA MENCO ACUÑA** **CC No 1102577217**
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**

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA ELENA MENCO ACUÑA	**CC:**	1102577217
CORREO ELECTRÓNICO:	MMENCO ACUNA@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3014502721
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 35 A BIS SUR 9-22	**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 : RESOLUCION 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:	**ESCOTIBANK COLPATRIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORRO**	**N° CUENTA:**	***4182020667***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5096 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.553.736**
FECHA DE INICIO CONTRATO	18/03/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

MARIA ELENA MENCO ACUÑA
C.C 1102577217
Cel: 3014502721

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA ELENA MENCO ACUÑA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1102577217
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-06-16
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-16
FECHA DE PAGO:	2025-06-16
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33483880
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33483880
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 178.000	$ 179.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 1.500	$ 227.800	$ 229.300
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 300	$ 34.700	$ 35.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 3.000	$ 440.500	$ 443.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/07/2025

PAGADO

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de seguridad Social Integrado

Estado de la solicitud
Transacción aprobada

Tienda
ASOPAGOS

Fecha de solicitud
14 de junio de 2025

CUS
1553681845

Referencia Nequi
M3661691

¿Cuánto?
$ 443.500,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
10.10.11.80

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
1102577217

Factura de comercio
33483880

Tu plata salió de:

 Disponible