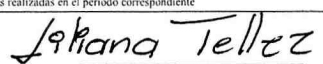
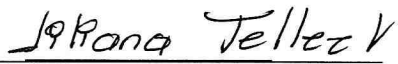


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LILIANA TELLEZ VALBUENA					
		CON C.C. N°		51.933.284	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO 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 4239 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				14/01/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 39.197.458,00		No. HORAS EJECUTADAS	
				184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 59.053.338,00		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	
				\$ 8.571.640,00	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS MESES DIECISIETE DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
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)					
ITEM					
1	HONORARIOS JULIO \$8.571.640				
2	SE REALIZA LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS COMO COORDINADOR DEL CONVENIO EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD. DESARROLLANDO LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED CENTRO ORIENTE E.S.E				
3	SE PRESENTA DE MANERA MENSUAL EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR. ADICIONALMENTE CON LA FINALIZACION DEL MES SE DEBE ENTREGAR UN INFORME DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS PARA LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES GESTIONADAS POR EL CONVENIO				
4	SE REALIZA LA PRESENTACION DE LA INFORMACION Y/O SOPORTES CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED				
5	SE APOYARON ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO DEL CONTRATO EN LAS DIFERENTES LINEAS PROMOVIENDO EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD Y AQUELLAS DEFINIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD				
6	SE REALIZA ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE ASISTENCIA TECNICA DESDE LOS DIFERENTES PROCESOS DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES (HOGAR) CONFORME A SU SABER DISCIPLINAR Y PROFESIONAL EN FUNCION DE LOS REQUERIMIENTOS PROCESOS DISPUESTOS POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE BOGOTA				
7	SE CONTINUA CON LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES QUE SE REQUIERAN A TRAVES DE LOS PROFESIONALES DE APOYO Y DINAMIZADORES TERRITORIALES PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES DE CADA PROCESO				
8	SE SOCIALIZA Y ARTICULA PARA LA ACTIVACION Y NOTIFICACION DE LOS EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES				
9	SE HACE PARTICIPACION ACTIVA EN LAS ASISTENCIAS TECNICAS CONVOCADAS POR SDS DE ACUERDO A LOS PROCESOS ASIGNADOS Y CONFORME A LAS ACTIVIDADES, METAS Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TECNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED				
10	SE ASISTE A LSE REALIZA SEGUIMIENTO PERIODICO CON EL EQUIPO ADMINISTRATIVO, PARA LA SUPERVISION Y MONITORIO DE LOS PRODUCTOS ENTREGABLES, DISPUESTOS EN LOS LINEAMIENTOS TECNICOS. AS REUNION				
11	SE DA CUMPLIMIENTO A TODOS LOS ESPACIOS CITADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL, COMO COMITES, FORTALECIMIENTOS Y MESAS DE TRABAJO CONCERNIENTES AL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES				
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/07/2025) AL (31/07/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:		88174584		OPERADOR:	
				MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		14/07/2025	
PENSIÓN:		COLFONDOS		14/07/2025	
RIESGOS LABORALES:		BOLIVAR		14/07/2025	
OTRO					
				VALOR PAGADO	
				\$ 463.000	
				\$ 592.700	
				\$ 90.300	
				\$	
				\$ 1.146.000	
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 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 SMMMLV (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.					
VI. 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		 LILIANA TELLEZ VALBUENA CC No 51.933.284			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA SUPERVISOR DEL CONTRATO			



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: 31/07/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LILIANA TELLEZ VALBUENA	CC:	51.933.284
CORREO ELECTRÓNICO:	alepihsancristobal@gmail.com	TELÉFONO:	3008923500
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 38 SUR 52 11	CIUDAD:	BOGOTÁ
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			
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los		SI ()	NO ()
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	008480250789
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4239 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.571.640
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/7/2025 A 31/07/2025		
 LILIANA TELLEZ VALBUENA CC 51933284 CEL 3008923500			

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	51933284	LILIANA TELLEZ VALBUENA		calle 38 sur numero 52-11	5642980	AIEPHISANCRISTOBAL@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	88174584	\$1.146.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	463.000	0		0		0	0	0	0	463.000	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
231001	Colfondos	800227940-6	592.700	0	0	0	0	0	0		592.700	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	90.300				90.300	0	0	90.300			903	90.300	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	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	463.000	463.000
Pensión	1	592.700	592.700
Riesgos Laborales	1	90.300	90.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.146.000	1.146.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51933284	LILIANA TELLEZ VALBUENA		calle 38 sur numero 52-11	5642980	AIEPIHSANGRISTOBAL@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-06	2025-06	I	14/07/2025	88174584	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$1.146.000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Suplente	Extranjero	Colaborador	Exonerado	ING	AFI	AFS	IAS	IAS	IAS	IAS	IAS	IAS	IAS	IAS	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	51933284	TELLEZ VALBUENA LILIANA	59	0		N													231001	3.704.000	592.700	0	0	0	0	EPS008	3.704.000	463.000	14-7	3.704.000	3	90.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Hola, Liliana Tellez Valbuena !

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 1.146.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 13/07/2025

CUS: 1624254827

Gracias por utilizar nuestro servicio.

Ten encuenta estos tips de seguridad:

Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.

No abras enlaces sospechosos.

Cambia tus contraseñas con regularidad.

Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.

Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

