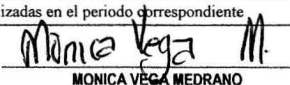
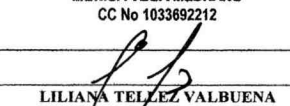
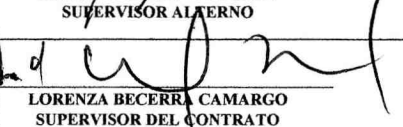


 Ministerio de Salud Secretaría de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT- 077 VERSIÓN: 2 077 VERSIÓN: 2 LA FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MONICA VEGA MEDRANO					
CON C.C N° 1.033.692.212					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO BACHILLER DE ACCESO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL 7124331 - 2024 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5500 2025		FECHA INICIO CONTRATO	26/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.305.355		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.305.355		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.904.768	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 005		
ITE M	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	ASIGNACION EN TIEMPO REAL				
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES				
3	REALIZAR ACTA DE LECTURA DE LINEAMIENTOS Y DE AGENDAMIENTO				
4	RECORDATORIO DE CITAS				
5	INGRESO AL APLICATIVO GITAPPS				
6	GESTIONAR BASE DE DATOS LLAMADAS DE ASIGNACION DE CITAS Y SEGUIMIENTO A INASISTENCIAS				
7	PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED				
8	FRECUENCIA DE USO				
9	LLAMAR BASES, AGENDAMIENTO CITAS MEDICAS				
10	REALIZAR Y VALIDAR FRECUENCIA DE USO SEGUN CARACTERIZACION				
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.					
ITE M	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 (01/07/2025) AL (31/07/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	7975396376		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	COMPENSAR	11/07/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/07/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	11/07/2025	\$ 34.700		
OTRO	CAJA COMPENSACION COMPENSAR	11/07/2025	\$ 28.500		
OTRO	8 DIAS DE MORA	11/07/2025	\$ 2.500		
TOTAL PAGADO			\$ 471.500		
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (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			 MONICA VEGA MEDRANO CC No 1033692212		
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: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MONICA VEGA MEDRANO	CC:	1033692212
CORREO ELECTRÓNICO:	VEGA.AUX.ADTV02018@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3045532040
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 B SUR 5 B 41	CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	()

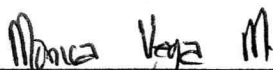
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.

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:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488401853517
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	-----------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5500 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.768
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		



MONICA VEGA MEDRANO

C.C 1033692212
 Cel: 3045532040



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033692212	NÚMERO PLANILLA:	7975396376	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	MES:	junio	AÑO:	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	junio	AÑO:	2025	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1619665791	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:															
CIUDAD/MUNICIPIO:	CLL 498 SUR #58-41	TELEFONO:	6565656	DÍAS DE MORA:	8														
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11														
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.																
TIPO EMPRESA:	ÚNICO																		
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO																

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS										INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO						
25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.200	\$ 227.800	\$ 1.200	\$ 0	\$ 229.000						
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
LICENCIA MATERNIDAD										INCAPACIDAD IRP									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO						
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900						
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
INCAPACIDAD IRP										INCAPACIDAD IRP									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO						
CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900						
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
INCAPACIDAD IRP										INCAPACIDAD IRP									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO						
CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900						
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
INCAPACIDAD IRP										INCAPACIDAD IRP									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	MORA	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO						
CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900						
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL PAGADO: \$ 471.500



⬇ Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?
\$ 471.500,00

Fecha
10 de julio de 2025 a las 08:12 p. m.

Referencia
M18092243

Supuesto de fraude a la ley
vigilado
VIGILADO