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

LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA

CON C.C. Nº	52744126
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESENTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5317 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	06/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 338,658	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 7,196,485	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 2,539,936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO MESES (5) Y VEINTE (20) 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 especificas realizadas durante el mes)
1	DESARROLLAR ACCIONES EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARIA DE SALUD Y CUMPLIR CON LOS DIRECCIONAMIENTOS ESTABLECIDOS DESDE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
2	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA EN EL QUE SE CONSIGNAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES ACORDES A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL LINEAMIENTO.
3	REALIZAR RECORRIDOS DIARIOS EN LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO PARA IDENTIFICACION DEL RIESGO, FAMILIAS NUEVAS
4	DEFINIR RUTA DE ATENCION Y DERIVACION VALORACION EN MOVIL DEL CRUE, TRASLADOS A USS, ATENCION INDIVIDUAL
5	ACTIVACION DE RUTAS COMUNITARIAS, SECTORIALES E INTERSECTORIALES SEGÚN LAS SITUACIONES EN SALUD O SOCIALES QUE SE PRESENTEN
6	DIFUNDIR ESTRATEGIIAS DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA, CON ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD
7	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD PRIORIZADAS EN LA COMUNIDAD
8	DILIGENCIAR LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION
9	REALIZAR SEGUIMIENTO POST EGRESO HOSPITALARIO
10	REALIZAR DEMANDA INDUCIDA PARA LAS JORNADAS DE SALUD, CITAS MEDICAS, RUTA DE LA SALUD
11	APOYAR CON LABORES ADMINISTRATIVAS
12	SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD DE LOS USUARIOS

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 (01/07/2025) AL (31/07/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	87581652	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	10/07/2025	$ 178,000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/07/2025	$ 227,900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/07/2025	$ 34,700
OTRO	MORA	10/07/2025	$ 1,200
	TOTAL PAGADO		$ 441,800

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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	MARY RODRIGUEZ **LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA** **CC No 52744126**
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**

planilla - adjunta

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: 31/07/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA	**CC:**	52744126
CORREO ELECTRÓNICO:	maryaf2003@gmail.com	**TELÉFONO:**	3202467784
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 BIS 48 Z 61 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:	BANCO BOGOTA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	542255120

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5317 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	$ 2,539,936
FECHA DE INICIO CONTRATO	06/05/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

MARY RODRIGUEZ

LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
C.C. 52744126
Cel: 3202467784

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
No. Identificación: CC52744126
Dirección: CARRERA 4 BIS # 48 Z 61 SUR
Telefono: 3007506776
Correo: luz.mary@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387581652

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
Tipo y número de identificación	CC52744126
Número de planilla	8387581652
Fecha pago	2025-07-11
Número de autorización pago	40072998
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	441800
Total Intereses de Mora	1200

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34800	1
230301	Porvenir	228500	1
EPS008	Compensar EPS	178500	1

8387581652

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52744126
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1424000	1424000	1424000	0	178000	0	227900	0	34700	0

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	52744126	LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA		CARRERA 4 BIS # 48 Z 61 SUR	3007506776	luz.mary@hotmail.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	
2025-06	2025-06	I		87581652	$441.800	

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	178.000	0		0		0	4	500	0	178.500	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	227.900	0	0	0	0	4	600	0	228.500	1

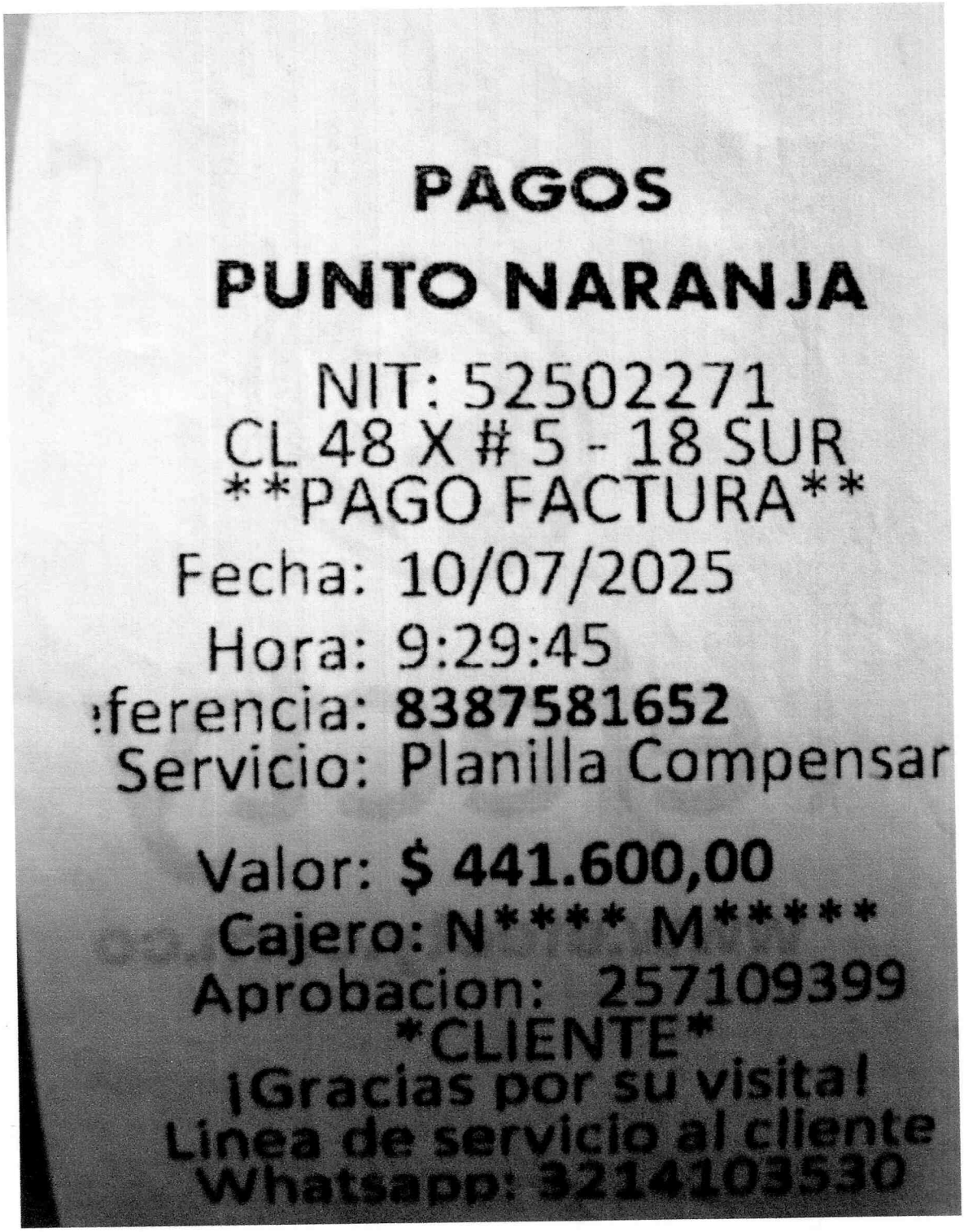
TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	4	100	34.800			347	34.800	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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	178.000	178.500
Pensión	1	227.900	228.500
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.600	441.800

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



PAGOS

PUNTO NARANJA

NIT: 52502271
CL 48 X # 5 - 18 SUR
PAGO FACTURA
Fecha: 10/07/2025
Hora: 9:29:45
:ferencia: **8387581652**
Servicio: Planilla Compensar

Valor: **$ 441.600,00**
Cajero: N** M*****
Aprobacion: 257109399**
CLIENTE
¡Gracias por su visita!
Linea de servicio al cliente
Whatsapp: 3214103530