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			
ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ			
CON C.C Nº	51.942.076		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4717 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.920.528**	**No. HORAS EJECUTADAS**	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 17.346.030**	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.535.998**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) 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	Durante el periodo a reportar se realizan actividades de seguimiento y cierre a las familias asignadas a quienes se les realiza visitas en la localidad 04 San Cristóbal se evidencia realizado cargue oportuno de la información en el aplicativo Gitapps con oportunidad y calidad acorde al documento operativo y ficha técnica
2	Se participa de asistencia técnica a todas las que se han programado durante el período
3	Diligenciamiento de forma diaria y oportuna de la información en el aplicativo Gitapps en donde se registra seguimiento de las sesiones realizadas en el campo adicional se diligencian los diferentes link para solicitud de información dispuesto por Los profesionales de apoyo a la gestión para dar respuesta a los diferentes indicadores
4	Se realiza el diligenciamiento de cronograma diario de actividades en campo así como de asistencias técnicas programadas por parte de secretaría de salud y convenio más bienestar en las calles hay evidencia con listado de asistencia
5	Se participa de asistencia técnica a todas las que se han programadas durante el periodo
6	Diligenciamiento de forma diaria y oportuna de la información en el aplicativo Gitapps en donde se registra seguimiento de las sesiones realizadas en el campo adicional se diligencian los diferentes link para solicitud de información dispuesto por Los profesionales de apoyo a la gestión para dar respuesta a los diferentes indicadores

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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9489783984	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	**COMPENSAR**	14/08/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	14/08/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	14/08/2025	**$ 34.700**
OTRO	**CCF COMPENSAR**	14/08/2025	**$ 28.500**
	TOTAL PAGADO		**$ 469.000**

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 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	**ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ** **CC No 51.942.076**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA** **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: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ	**CC:**	51942076
CORREO ELECTRÓNICO:	alejaleon1969@gmail.com	**TELÉFONO:**	3228771198
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 74A 43 60 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:	**BBVA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***18001868***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4717 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.535.998**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

ALEJANDRINA MARIA LEON FLOREZ
C.C 51.942.076
Cel: 3228771198

Planilla General de Pago

APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700056097	9489783984	I	2025/08/21	2025/08/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$1,423,500**	**$28,500**			**$1,423,500**	**$34,700**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 51942076	LEON ALEJANDRINA	25-14	30	$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700		$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700	30	$0	$0

2025/08/14 06:10 AM

Planilla General de Pago

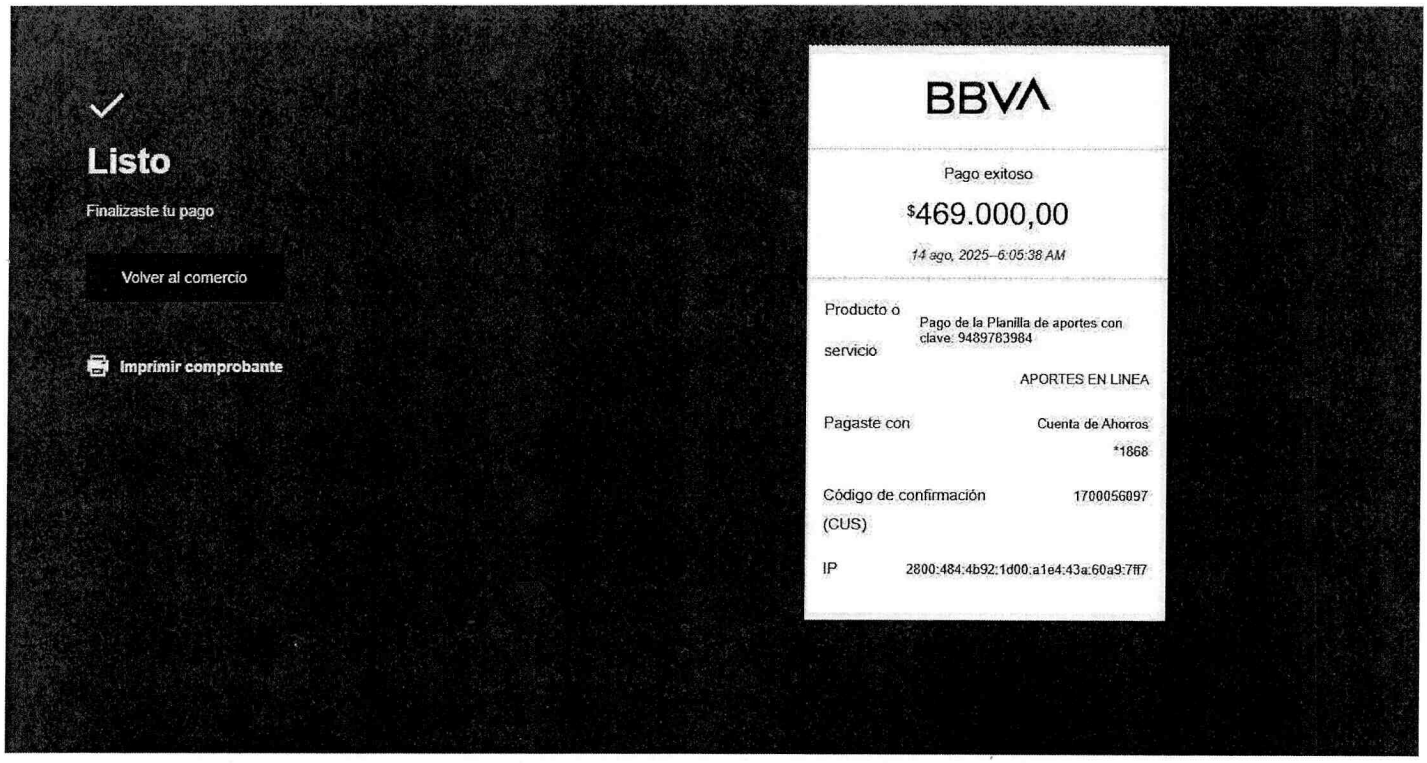
APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51942076		LEON FLOREZ ALEJANDRINA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera78a#47-30sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228771198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700056097	9489783984	I	2025/08/21	2025/08/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$469,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$0**	**$0**	**$469,000**

2025/08/14 06:10 AM


Listo
Finalizaste tu pago
Volver al comercio
Imprimir comprobante
BBVA
Pago exitoso
$469.000,00
14 ago, 2025 - 6:05:38 AM
Producto o servicio
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489783984
APORTES EN LINEA
Pagaste con
Cuenta de Ahorros *1868
Código de confirmación (CUS)
1700056097
IP
2800:484:4b92:1d00:a1e4:43a:60a9:7ff7