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

CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ

CON C.C Nº 1.010.221.346

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 4718 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.920.528**	**No. HORAS EJECUTADAS**	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 16.996.030**		**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 período 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 período
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:	9489472916	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	**FAMISANAR**	14/08/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	14/08/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**ARL SURA**	14/08/2025	**$ 34.700**
OTRO	**CCF COLSUBSIDIO**	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	**CRISTIAN CAMILO 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:	CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ	**CC:**	1010221346
CORREO ELECTRÓNICO:	crlslianlcion 1995@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3118104374
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 42G 74A 55 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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**Nº CUENTA:**	***40299020764***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4718 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		

CRISTIAN CAMILO LEON FLOREZ
C.C 1.010.221.346
Cel: 3118104374

de Pago

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010221346		LEON FLORES CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 42G SUR # 74A 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo Pensión	Periodo Salud	Clave Pago	Clave Planilla	Tipo Planilla	Fecha Limite	Fecha Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700303642	9489472916	I	2025/08/13	2025/08/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$469,600

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	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 1010221346	LEON CRISTIAN CAMILO	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF22	30	$1,423,500	$28,500	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500	$1,423,500	$34,700		$0	$0

2025/08/14 09:16 AM

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010221346		LEON FLORES CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 42G SUR # 74A 55	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

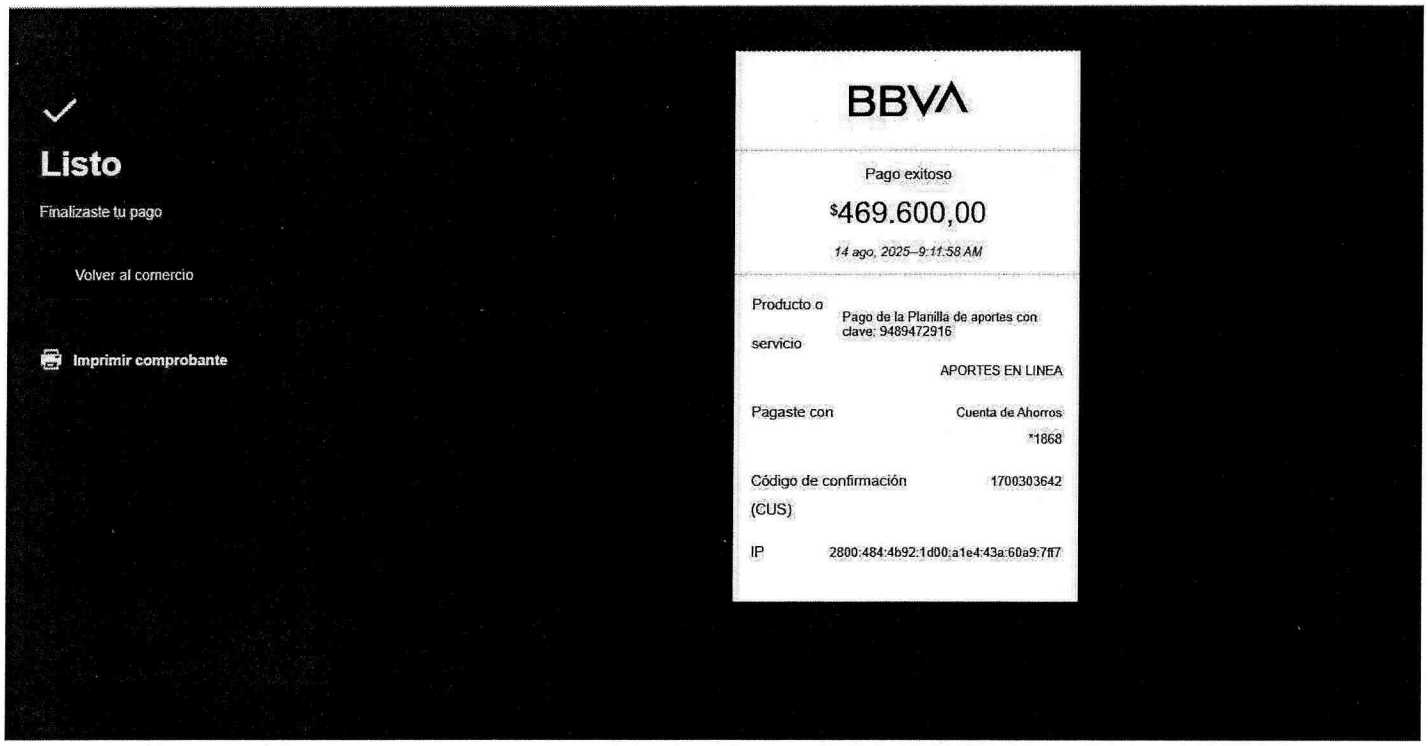
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1700303642	9489472916	I	2025/08/13	2025/08/14	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	1	$469,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				**1**	**$469,000**	**$600**	**$0**	**$469,600**

2025/08/14 09:16 AM


Listo
Finalizaste tu pago
Volver al comercio
Imprimir comprobante
BBVA
Pago exitoso
$469.600,00
14 ago, 2025–9:11:58 AM
Producto o servicio
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489472916
APORTES EN LINEA
Pagaste con
Cuenta de Ahorros *1868
Código de confirmación (CUS)
1700303642
IP
2800:484:4b92:1d00:a1e4:43a:60a9:7ff7