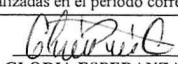
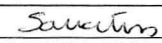
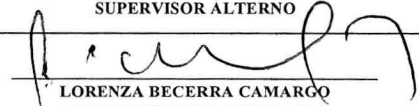


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS						
CON C.C N°				1.002.677.907 ✓		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4761 2025 ✓		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.920.528		No. HORAS EJECUTADAS	184 ✓	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 21.095.741 ✓		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.455 ✓	
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 específicas realizadas durante el mes)					
1	ASISTENCIA A REUNIONES Y FORTALECIMIENTOS CONVOCADOS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS					
2	REALIZAR CARACTERIZACIONES SOCIODEMOGRAFICA FAMILIARES IDENTIFICANDO EL RIEGO DE CADA FAMILIA EN LA LOCALIDAD RAFAEL URIBE URIBE UPZ DIANA TURBAY ,BARRIO LA PAZ					
3	PRESTAR SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS					
4	DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS					
5	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES					
6	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS DE LAS VISITAS REALIZADAS					
7	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN ELRIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDEN					
8	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS					
9	DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS PARA REALIZAR TOMA TERRITORIAL DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRA MURALES EN LAS DIFERENTES ZONAS					
10	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO					
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:	1074029162 ✓		OPERADOR:	SIMPLE ✓		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL		13/08/2025 ✓	\$ 178.000 ✓		
PENSIÓN:	PROTECCION		13/08/2025 ✓	\$ 227.800 ✓		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		13/08/2025 ✓	\$ 34.700 ✓		
OTRO	MORA		13/08/2025 ✓	\$ 2.600 ✓		
TOTAL PAGADO				\$ 443.100 ✓		
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			 GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS CC 1002677907 ✓			
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA 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: 31/08/2025 ✓

NOMBRES Y APELLIDOS:	GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS	CC:	1.002.677.907
CORREO ELECTRÓNICO:	gloriaesca11@hotmail.com	TELÉFONO:	3125123536
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 K 52 52 A 68 SUR	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 y párrafo 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	008400771815
--------------------------	------------------	-----------------	---------	------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4761 2025 ✓	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.455 ✓
------------------	----------------	--	----------------

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 ✓

✓

GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS

C.C 1.002.677.907

Cel: 3125123536

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 04:40:38 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074029162

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8819140000

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS			Dirección	CR 4K #52 A - 68
Documento	CC1002677907			Teléfono	3125123536
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	SEGUROS BOLIVAR
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCT	NCT	RRP	Das AFP	Das EPS	Das ARP	Das CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1002677907	GLORIA ESPERANZA PORRAS CASTELLANOS	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.600	\$ 443.100

EFFECTIVO LIGA
KIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. US: 959941892 DU: 345186
Cliente: 11353 PLANTELAS AVAL Agortes en
Línea Aras Compuasar Asapagos Simple Ni
Plan
Fecha: 13/08/2025 13:59:48
PAP: 995773
Nombre: gloria
Apellido: peras
NOM PLANTELAS: 0019140000
TIPO DE IDENTIFICACION: Cedula de
CIUDADANO
NUMERO IDENTIFICACION: 1002677907
PERIODO: 202507
Referencia: 8019140000 Valor: \$443.100.00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserva este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo: Tel. (1) 6519101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co