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				
LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA				
		CON C.C N°	49.753.537	
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 4772 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	10/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.920.528**	**No. HORAS EJECUTADAS**	50	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 19.003.507**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 690.200**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES 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 específicas realizadas durante el mes)
1	OBSERVACION 1: COBRO DE 50 HORAS ADICIONALES DEL MES DE JULIO POP EL VALOR DE $ 690.200
2	ASISTIR A LOS ENCUENTROS PROGRAMADOS DE CAPACITACIÓN Y APROPIACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS EN FALENCIA COMO APORTE PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ACTIVIDAD.
3	ASISTENCIA A REUNION DE EQUIPO MENSUAL CONVOCADA POR APOYOS OPERTAVIVOS
4	SE REALIZAN ACTIVIDADES EN CAMPO REALIZANDO ACTIVIDADES EN EL ENTORNO HOGAR EN LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL TERRITORIO 16 UPZ 032 MANZANA 8
5	SE REALIZA ABORDAJE EN EL TERRITORIO 16 UPZ 032 MANZANA 08 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL REALIZANDO ACTIVIDADES EN CAMPO MODALIDAD CASA A CASA
6	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO POR ESTRATEGIA DE RUTEO CON PERFIL DE PROMOTOR
7	ENTREGAR CUENTA DE COBRO DE ACUERDO A SOLICITUD
8	REALIZAR CANALIZACIONES Y SUBIRLAS AL APLICATIVO SIRC
9	ASISTIR A PREADUTORIAS
10	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO

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:	1073063075	**OPERADOR:**	PAGO SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	**NUEVA EPS**	8/7/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**PORVENIR**	8/7/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**SEGUROS BOLIVAR**	8/7/2025	**$ 34.700**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 440.500**

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 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	Luz Magaly Giraldo **LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA** **CC No 49753537**
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**

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:	LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA	**CC:**	49753537
CORREO ELECTRÓNICO:	luzmagalys1221@gmail.com	**TELÉFONO:**	3187091650
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 86 B 53 22 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 artícul

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***	**N° CUENTA:**	***570007590386038***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	**PS 4772 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 690.200**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/2/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/8/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

Luz Magaly Giraldo

LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA
C.C 49753537
Cel: 3187091650

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-09, 04:25:03 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073063075

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8847841860

PAGADO 08/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA		
Documento	CC49753537	**Dirección**	CRA 86 B N 53 - 22
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3187091650
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 49753537	LUZ MAGALY GIRALDO GARCIA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 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, Saldos 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	$ 0	$ 440.500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Pago de servicio o convenio

PAGO SIMPLE (PILA) 8847841860

Valor

$440.500

Fecha y hora de la transacción

08/07/25 - 04:55 p m

Número de autorización

550468

Compartir