

 <div>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</div>		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			
XIOMARA PINZON CARDONA			
CON C.C N°		1.022.974.166	
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 4780 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.986.230	VALOR DE HONORARIOS PERIODO 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		
ITE M	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 HONORARIOS CORRESPONDIENTES AL MES DE AGOSTO DE 2025 POR \$ 2.539.455		
2	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		
3	INICIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS		
4	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES		
5	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS		
6	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS		
7	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS		
8	REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS 017 BARRIO LA PAZ Y 051 BARRIO CARMEN DEL SOL. VERIFICACION DE MAPAS Y MANZANAS ASIGNADAS PARA LA UBICACIÓN DE LAS FAMILIAS A INTERVENIR TODOS LOS DIAS		
9	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO TODOS		
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.			
ITE M	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 (31/8/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074012033	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	CAPITAL SALUD	12/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/08/2025	\$ 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		XIOMARA PINZON C XIOMARA PINZON CARDONA CC No 1022974166	
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:	XIOMARA PINZON CARDONA		CC:	1022974166
CORREO ELECTRÓNICO:	xpinzoncardona@gmail.com		TELÉFONO:	3245264425
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 89D SUR 14B 12 ESTE		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 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 488448133865
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Nº DEL CONTRATO:	PS 4780 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			
<div>XiOMARA PINZON C</div> <div>XIOMARA PINZON CARDONA</div> <div>C.C 1022974166</div> <div>Cel: 3245264425</div>				

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 04:34:18 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074012033

Periodo Cotización:

julio de 2025

Periodo Servicio:

julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8822627506

PAGADO 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	XIOMARA PINZON CARDONA			Dirección	CL 89B SUR #14 T - 2
Documento	CC1022974166			Teléfono	3245264425
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
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	TOP	TAP	VSP	COR	VST	SLH	RE	LMA	VAC	ART	ACT	MP	Días ARP	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	
2C 1022974166	XIOMARA PINZON CARDONA	59	00																	0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 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



Comprobante de pago

⬇ Pago realizado

Pago en
Sistema Integrado Multiple De Pagos

¿Cuánto?
\$ 440.500,00

Fecha
12 de agosto de 2025 a las 06:25 p. m.

Referencia
M22961908

Superintendencia financiera
de Colombia

VIGILADO