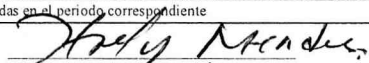


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
HAELY MENDOZA BENÍTEZ			
		CON C.C. N°	1.076.324.849
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TÉCNICO ÉTNICO 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 4790 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.375.503	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.538.591
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) DÍAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADOO 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	CIERRE DE FAMILIAS AFRO		
2	GESTION DE DOCUMENTACIÓN TRANSITORIA		
3	VISITA A FAMILIAS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL		
4	ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO		
5	CARACTERIZACION DE FAMILIAS AFRO		
6	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS COMO DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO		
7	ENTREGA DE TABLEROS AMBIENTALES A FAMILIA		
8	DILIGENCIAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		
9	DESARROLLO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS		
10	APOYO EN KILOMBO		
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:	88547751	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	19/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	19/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/08/2025	\$ 34.700
OTRO	CAJA DE COMPENSACIÓN + MORA	19/08/2025	\$ 30.500
TOTAL PAGADO			\$ 471.000
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pensión, 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	 HAELY MENDOZA BENÍTEZ CC No 1076324849		
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:	HAEL Y MENDOZA BENÍTEZ	CC:	1076324849
CORREO ELECTRÓNICO:	haelamas@hotmail.com	TELÉFONO:	3212971874
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 3 # 1B-56	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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	035472315
---------------------------------	-----------------	------------------------	---------	-------------------	-----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4790 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.538.591
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		



 HAELY MENDOZA BENÍTEZ
 C.C 1076324849
 Cel: 3212971874

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1076324849	HAELY MENDOZA BENITEZ		Cra 3 1b 56	3212971874	haelamas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	19/08/2025	88547751	\$471.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	6	700	0	178.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	6	900	0	228.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	6	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	6	200	28.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.700
Pensión	1	227.800	228.700
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	1	28.500	28.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	471.000

DATOS DEL APORTANTE	
TIPO	CC
NÚMERO	1076324849
NOMBRE APORTANTE	HAELY MENDOZA BENITEZ
DIRECCION	Cra 3 1b 56
TELÉFONO	3212971874
CORREO	haelamas@hotmail.com
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D. C.
CUIDAD / MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	NO

DATOS DE LA PLANILLA			
PLANILLA ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	2025-07	TPO PLANILLA	I
FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO)	2025-07	FECHA PAGO (DI/MES/AÑO)	19/08/2025
NÚMERO PLANILLA	88547751	TOTAL A PAGAR	\$471,000
EMPLEADOS	1	CANTIDAD	0
PERIODO SALUD	2025-07	PERIODO PENSIONES	2025-07

DETALLE POR COTIZANTE	
INFORMACION COTIZANTE	
Apellidos y Nombres	
MENDOZA BENITEZ HAELY	
No. de Identificación	
1076324849	
No. Tipo	
1 CC	
INFORMACION NOVEDADES	
CORRECCION	
Cód. AFP	
25-14	
Cotización	
227.800	
Voluntario o Afiliado	
0	
Voluntario Aportante	
0	
Fondo pensional de solidaridad	
0	
Fondo pensional de subsistencia	
0	
Cód. EPS	
EPS008	
IBC EPS	
1.423.500	
Valor UPC	
178.000	
Cotización / Cód. ARL	
14-23	
IBC ARL	
1.423.500	
Clave de tiempo	
3	
RESGOS LABORALES	
Cotización	
34.700	
Código CCF	
CCF24	
IBC CCF	
1.423.500	
Aporte CCF	
28.500	
IBC otras parafiscales	
0	
Aporte SENA	
0	
Aporte ICBF	
0	
Aporte ESAP	
0	
Aporte MEN	
0	
PARAFISCALES	

PAGADA

 **Pago exitoso**

Número de autorización 025202

Sábado, 16 de agosto de 2025, 9:31:07 a. m.

Detalle

\$471.000

Valor Pagado

IVA incluido: \$0

Pago a: COMPENSAR-OI

Débito desde: Cuenta de Ahorros *2315

Descripción: MiPlanilla.com Pago
Proteccion Social

Fecha y hora inicio transacción 2025-08-16 09:29:28

NIT del comercio 9998600669427

Número de factura 88547751

Código Único de Seguimiento 1706026695

Dirección IP: 181.237.75.76

Referencia 1:

Referencia 2: CC

Referencia 3: 1076324849

31

11