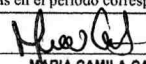
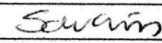
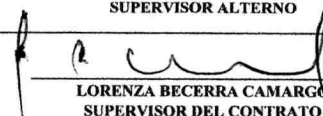


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MARÍA CAMILA CANTE LEÓN					
CON C.C N°				1.001.067.010	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4880 2025		FECHA INICIO CONTRATO	14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.095.658		No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 13.317.731		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.904.812
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 GRADO 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	VERIFICAR DIRECCIONES EN PAI PARA BUSQUEDA DE CONTACTO DE LOS USUARIOS				
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES				
3	VERIFICAR FRECUENCIAS DE USO PARA USUARIOS ANTES DE LA ASIGNACION DE CITAS				
4	LLEVAR EL CONTROL Y ASISTENCIAS EN LA BASE DE USUARIOS ASIGNADOS				
5	REALIZAR AGENDAMIENTO DE USUARIOS SUMINISTRADOS EN BASES DE DATOS				
6	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES DE USUARIOS DE CAPITAL SALUD				
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS				
8	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 cláusula "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:	9489133986		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR	
SALUD:	SANITAS	13/08/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/08/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	13/08/2025		\$ 34.700	
OTRO	MORA	13/08/2025		\$ 2.400	
TOTAL PAGADO				\$ 442.900	
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 ibr 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 cps, 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			 MARÍA CAMILA CANTE LEÓN CC No 1.001.067.010		
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		

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA CANTE LEON ✓	CC:	1001067010 ✓
CORREO ELECTRÓNICO:	marlacamilacanteleon@gmail.com	TELÉFONO:	312 3546350
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 70A SUR 102 51	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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4884248 19255
---------------------------------	-------------------------	------------------------	----------------	-------------------	------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4880 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.812 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

MARIA CAMILA CANTE LEON

C.C 1001067010

Cel: 312 3546350

General de Pago

[illegible]

Formulario General de Pago

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001067010		CANTE LEON MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73#92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Pago	Tipo
Pensión 2025-07	Salud 2025-07	1699117394	Planilla 9489133986

RESUMEN DE PAGO			
RIESGO	CODIGO	NIT	DV
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	25-14	900,336,004	7
COLPENSIONES			
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-11	890,903,790	5
ARL SURA			
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS005	800,251,440	6
SANITAS			
TOTAL			

AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
1	\$178,000	\$1,000	\$0	\$179,000
1	\$178,000	\$1,000	\$0	\$179,000
1	\$440,500	\$2,400	\$0	\$442,900

⬇ Pago realizado

Pago en
Aportes En Línea

¿Cuánto?
\$ 442.900,00

Fecha
13 de agosto de 2025 a las 04:21 p. m.

Referencia
M12096137

¿De dónde salió la plata?
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

