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 MARY RODRIGUEZ RIVERA

CON C.C. Nº 52744126

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESENTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 5317 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	06/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 338.658	**No. HORAS EJECUTADAS**	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.426.621		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	2.533,405
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES MESES (3) Y VEINTICINCO (25) 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 especificas realizadas durante el mes)
1	DESARROLLAR ACCIONES EN EL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SECRETARIA DE SALUD Y CUMPLIR CON LOS DIRECCIONAMIENTOS ESTABLECIDOS DESDE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO.
2	DILIGENCIAR EL CRONOGRAMA EN EL QUE SE CONSIGNAN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES ACORDES A LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN EL LINEAMIENTO.
3	REALIZAR RECORRIDOS DIARIOS EN LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO PARA IDENTIFICACION DEL RIESGO, FAMILIAS NUEVAS
4	DEFINIR RUTA DE ATENCION Y DERIVACION VALORACION EN MOVIL DEL CRUE, TRASLADOS A USS, ATENCION INDIVIDUAL
5	ACTIVACION DE RUTAS COMUNITARIAS, SECTORIALES E INTERSECTORIALES SEGÚN LAS SITUACIONES EN SALUD O SOCIALES QUE SE PRESENTEN
6	DIFUNDIR ESTRATEGIIAS DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA, CON ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD
7	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD PRIORIZADAS EN LA COMUNIDAD
8	DILIGENCIAR LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION
9	REALIZAR SEGUIMIENTO POST EGRESO HOSPITALARIO
10	REALIZAR DEMANDA INDUCIDA PARA LAS JORNADAS DE SALUD, CITAS MEDICAS, RUTA DE LA SALUD
11	APOYAR CON LABORES ADMINISTRATIVAS
12	SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD DE LOS USUARIOS

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 articulo 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:	8388436687	**OPERADOR:**	MI PLANILLA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	14/08/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	14/08/2025	$ 227.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	14/08/2025	$ 34.700
OTRO	MORA	14/08/2025	$ 1.800
	TOTAL PAGADO		$ 442.400

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	MARY RODRIGUEZ **LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA** **CC No 52744126**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Sandra **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 MARY RODRIGUEZ RIVERA	**CC:**	52744126
CORREO ELECTRÓNICO:	maryaf2003@gmail.com	**TELÉFONO:**	3202467784
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 4 BIS 48 Z 61 SUR	**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 BOGOTA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	542255120

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5317 2025	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	2,533,405
FECHA DE INICIO CONTRATO	06/05/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

MARY RODRIGUEZ

LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
C.C. 52744126
Cel: 3202467784

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
No. Identificación: CC52744126
Dirección: CARRERA 4 BIS # 48 Z 61 SUR
Telefono: 3007506776
Correo: luz.mary@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8388436687

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA
Tipo y número de identificación	CC52744126
Número de planilla	8388436687
Fecha pago	2025-08-14
Número de autorización pago	45807633
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	442400
Total Intereses de Mora	1800

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34900	1
230301	Porvenir	228800	1
EPS008	Compensar EPS	178700	1

8388436687

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52744126
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ MARY RODRIGUEZ RIVERA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1424000	1424000	1424000	0	178000	0	227900	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

AGO 13 2025 17:16:01 RBMDES10.5

CORRESPONSAL
ALIADOS VECI
CL 48X 5 18 SUR

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0030735138
V. ELECTRON
**4571
TER: 9T8ZZ377
Cc
RECIBO: 007491
RECAUDO
RRN: 013360
APRO: 334683

SERVICIO: 0000001138
FACTURA: 0000000008388436687

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 442.400

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

Powered by CamScanner