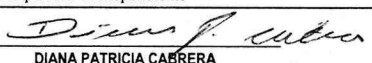
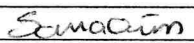
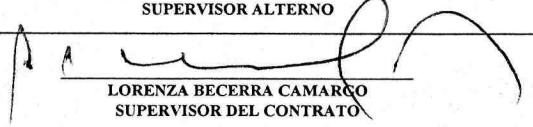


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA PATRICIA CABRERA						
CON C.C N°				50.917.656		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO PROMOTOR 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 PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5981 2025		FECHA INICIO CONTRATO	24/07/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 761.981		No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 3.301.917			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.455	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (1) MES Y SEIS (6) 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 , VALOR PAGO DE HONORARIOS AGOSTO \$ 2.539.455 PESOS					
2	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL DE EQUIPO					
3	ABORDAJE TERRITORIAL, CARACTERIZACION DE FAMILIAS EN TERRITORIO					
4	ACCIONES DE PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD INDIVIDUAL Y FAMILIAR PARA DISMINUIR RIESGOS EN SALUD EN LA POBLACION ABORDADA					
5	DILIGENCIAMIENTO Y CARGA DE ACTIVIDADES EN APLICATIVO GITAPPS Y ENTREGA DE RESPECTIVOS FORMATOS					
6	DILIGENCIAMIENTO Y ENVIO DE CANALIZACIONES SEGUN RIESGOS IDENTIFICADOS EN ABORDAJE TERRITORIAL					
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES					
8	FIRMA DE PRORROGA DE CONTRATO EN FISICO, ENTREGA DE CUENTA DE COBRO Y DEMAS OBLIGACIONES					
9	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA EN DRIVE					
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:	9489514133		OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO			
SALUD:	CAPITAL SALUD	19/08/2025	\$ 178.000			
PENSIÓN:	PORVENIR	19/08/2025	\$ 227.800			
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/08/2025	\$ 34.700			
OTRO	MORA	19/08/2025	\$ 1.600			
TOTAL PAGADO			\$ 442.100			
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, 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			 DIANA PATRICIA CABRERA CC No 50917656			
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANETH 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:	DIANA PATRICIA CABRERA			CC:	50917656
CORREO ELECTRÓNICO:	diansubredco@gmail.com			TELÉFONO:	3124995798
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 ESTE 79 15 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 p					
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 CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24097552462
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5981 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	S 2.539.455 ✓		
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓				
<div> DIANA PATRICIA CABRERA C.C 50917656 Cel: 3124995798</div>					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 50917656		CABRERA DIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 este #79-15 sur torre 2 apto 404	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124995798	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1711491772	9489514133	I	2025/08/14	2025/08/19	NEQUI	5	\$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO		NOVEDADES				PENSION		SALUD	
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Ide	lde	lde	lde	Codigo	Dias
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 50917656	CABRERA DIANA						EPSC34	30
Total Afiliados(1)									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 50917656		CABRERA DIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 2 este #79-15 sur torre 2 apto 404	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124995798	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Limite	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2025-07	2025-07	1711491772	9489514133	I	2025/08/14	2025/08/19	NEQUI	5	\$442,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,600	\$0	\$442,100	

