



**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: AF-IA-FT-  
 877 VERSIÓN: 1  
 FECHA: 2015-06-09

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y**  
**HUGO RENE MUÑOZ SAENZ**

CON C.C.N° 1.023.952.658

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4254 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	10/02/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 3.331.627	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 36.716.764	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.127.120
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 00 5		

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	ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO
2	CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS
3	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS
4	REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACIÓN, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA
5	ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
6	ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS
7	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS
8	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 001301 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL
9	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

**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 ( 01/09/2025) AL (30/09/2025)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	9491030297	OPERADOR:		APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR	
SALUD:	FAMISANAR	12/09/2025	\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/09/2025	\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/09/2025	\$ 34.700	
OTRO				
<b>TOTAL PAGADO</b>				\$ 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 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 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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 HUGO RENE MUÑOZ SAENZ CC No 1.023.952.658
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO



DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	HUGO RENE MUÑOZ SAENZ			CC:	1.023.952.658
CORREO ELECTRÓNICO:	<a href="mailto:hugomunoz211@hotmail.es">hugomunoz211@hotmail.es</a>			TELÉFONO:	3003265519
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 5B BIS 48P 92 SUR			CIUDAD:	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>					
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:	476170013314
<b>DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4254 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
  HUGO RENE MUÑOZ SAENZ CC: 1.023.952.658 TEL: 3003265519					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dv	MUNOZ SAENZ HUGO RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PRINCIPAL	carrera 5 b bis 4th 92 sur	BOGOTA-BOGOTA D. E.	5935555	No						

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Período		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Pago	Dias Mora	Dias	Aporte	Valor
2025-08	2025-08	1771975868	9491030297	1	2025/09/12	2025/09/12	2025/09/12	0			\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursales: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)																							
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)																							
1	CC	102392658	MUNOZ HUGO	25-14	30	\$1,423,500	EP2017	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$1,423,500	50	14-11	30	\$1,423,500	\$24,700	0	0	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>						<b>\$1,423,500</b>			<b>\$1,423,500</b>	<b>\$178,000</b>			<b>\$1,423,500</b>	<b>\$0</b>			<b>\$1,423,500</b>	<b>\$34,700</b>			<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono		Exonerado SENA e ICBF	
Identificación	dV			INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		carrera 5 b bis 48p 92 sur		BOGOTA-BOGOTA D.E		5555555		No	
CC	102395658	MUKOZ SRENZ HUCO RENE													

### DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2025-08	177197868	9491030297	1	1	2025/09/12	2025/09/12	BANCO DASIVWENDA	0	\$440,500		

### RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>

**BANCO DAVIVIENDA S.A.****CERTIFICA:**

Que **HUGO RENE MUNOZ SAENZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1023952658** y es titular de la cuenta terminada en **\*\*3314** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
12/09/2025	\$ 440.500,00	APORTES EN LINEA	1771975868	71975868

Se expide en Bogotá, el 18-09-2025.

Atentamente,

**BANCO DAVIVIENDA S.A.**

