



CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 MARY LEADY MARTINEZ FRIAS

CON C.C.N° 1.001.181.370

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4256 2025	FECHA INICIO CONTRATO	17/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.331.627	No. HORAS EJECUTADAS	184 HORAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.769.754	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 4.127.120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES Y QUINCE (15) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
 NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO 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	REALIZAR VISITAS Y SEGUIMIENTOS A USUARIOS PARA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR
2	ASISTIR A FORTALECIMIENTO Y ASISTENCIAS TECNICAS PARA MANEJO DE HERRAMIENTA (GITAPPS)
3	NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA ENCONTRADOS EN CADA INTERVENCION
4	REGISTRAR DE MANERA OPORTUNA LAS VISITAS REALIZADAS A LOS DIFERENTES USUARIOS EN EL APLICATIVO DE GITAPPS
5	ESTABLECER COMPROMISOS A SEGUIR CON LOS USURIOS EN EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR
6	REALIZAR CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE DE LAS ACTIVIDADES DURANTE CADA UNO DE LOS DIAS DEL CONVENIO
7	DILIGENCIAR DE MANERA OPORTUNA Y CON CALIDAD LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES EN EL MOMENTO DE REALIZAR LAS VISITAS
8	IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA RIESGOS Y NECEDIDADES Y GESTIONAR LAS MISMAS
9	DERIVAR A LOS USUARIOS A PSICOLOGIA CUANDO SE IDENTIFIQUEN RIESGOS PSICOSOCIALES
10	REALIZAR EDUCACION ACERCA DEL FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL IDENTIFICADO EN CADA FAMILIA

III. VERIFICACIÓN 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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1074868838	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	16/09/2025	\$ 206.400
PENSIÓN:	PROTECCION	16/09/2025	\$ 264.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	16/09/2025	\$ 40.300
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 510.900

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 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	 MARY LEADY MARTINEZ FRIAS CC No 1001181370
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: 30/09/2025 ✓

NOMBRES Y APELLIDOS:	MARY LEADY MARTINEZ FRIAS	CC:	1001181370
CORREO ELECTRÓNICO:	MARYLEADY1@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3212241029
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 59 SUR 10 23	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 párrafo 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.

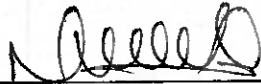
Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.

SI ()	NO (X)
--------	--------

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	67322968709
---------------------------------	-------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETÓ DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4256 2025 ✓	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	17/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 al 30/09/2025 ✓		



MARY LEADY MARTINEZ FRIAS

C.C 1001181370

Cel: 3212241029



Comprobante en línea

16 Sep 2025 14:28:47

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1781465314

Comercio
SIMPLE OI

Referencia 1
172.29.10.57

Fecha
16 Sep 2025 14:28:47

Referencia 2
CC

Número de factura
1074868838

Referencia 3
1001181370

Descripción del pago
Pago de Seguridad Social

Valor del Pago
\$510.900

Número de comprobante
TR1428005314

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 8709**