

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: AP4A- FT-477 VERSIÓN: 2	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA</b>			
CON C.C N°		1.031.160.455	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4335 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	23/01/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.476.158	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	224
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 2.006.366	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 3.092.036
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	OCHO (8) MESES Y NUEVE (9) 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 609 GRADUO 05		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	OBSERVACION 1: COBRO DE 40 HORAS ADICIONALES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$ 552.100. ✓		
2	OBSERVACION 2: COBRO DE 184 HORAS REGULARES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$ 2.539.936. ✓		
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO O DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
4	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR		
5	SE LLENAN PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN EL TERRITORIO 096 DE LA LOCALIDAD SANTA FE		
6	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO		
7	SE REALIZA LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO		
8	SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES		
9	SE LE INFORMA A LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE LAS VISITAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR Y SE CONTACTAN LOS LÍDERES PARA ACCESO A PUNTOS QUE REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO		
10	SE REALIZAN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUE DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
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) ✓			
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074868938 ✓	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>
SALUD:	FAMISANAR	16/09/2025 ✓	\$ 178.000 ✓
PENSIÓN:	COLPENSIONES	16/09/2025 ✓	\$ 227.800 ✓
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/09/2025 ✓	\$ 34.700 ✓
OTRO	MORA	16/09/2025 ✓	\$ 1.600 ✓
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 442.100</b> ✓
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
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 ítem 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, rta)			
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.			
<b>VI. ANEXOS</b>			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	ELIANA CASTRO RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA CC No. 1.031.160.455		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	Sandra SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	Lorena LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		



DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025 ✓			
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA		CC: 1031160455
CORREO ELECTRÓNICO:	elienasepulveda1857@gmail.com		TELÉFONO: 3108091714
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 10 48G 80 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			
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: 488446793942
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4335 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.092.036
FECHA DE INICIO CONTRATO	23/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
<p><u>ELIANA CASTRO S</u>            RUTH ELIANA CASTRO SEPULVEDA            C.C 1.031.160.455            Cel: 3108091714</p>			





¡Hola, Eliana castro!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.100  
Empresa: SIMPLE OI  
Descripción: Pago de Seguridad Social  
Fecha de la transacción: 16/09/2025  
CUS: 1780170701  
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5  
Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de **ach**

- ACH Colombia Oficial
- @ACHColombia
- ACH Colombia Oficial
- ACH Colombia Oficial