

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-4A-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JENNY ANDREA ALMANZA CORTES			
CON C.C.Nº		1.026.278.014	
OBJETO DEL CONTRATO:	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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4628 2025	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.084.546	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.324.820	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO	
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADUO 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 2 , VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,539,887 PESOS		
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS		
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
4	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL		
5	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
6	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE		
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR		
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA		
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 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:	9490501264	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SALUD TOTAL	17/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	17/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/09/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	17/09/2025	\$ 4.100
TOTAL PAGADO			\$ 444.600
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 el señalado contrato.			
VI. ANEXOS (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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		Jenny Almanza JENNY ANDREA ALMANZA CORTES CC No 1026278014	
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 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTIÓN 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: 30/09/2025 ✓					
NOMBRES Y APELLIDOS:	JENNY ANDREA ALMANZA CORTES			CC:	1026278014
CORREO ELECTRÓNICO:	jenvalmanza@gmail.com			TELÉFONO:	3108122351
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 17 74			CIUDAD:	BOGOTÁ
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:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24096844221
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4628 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887		
FECHA DE INICIO CONTRATO	8/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓				
Jenny Almanza JENNY ANDREA ALMANZA CORTES C.C 1026278014 Cel: 3108122351					

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1026278014		ALMANZA CORTES JENNY ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 13 INT-74	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	1783239531	9490261264		I	2025/09/03	2025/09/17	BANCO CALIA SOCIAL	14	\$444,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900
COLFONDOS		231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$2,100	\$0	\$229,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$400	\$0	\$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$1,600	\$0	\$179,600
SALUD TOTAL		EP5002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$1,600	\$0	\$179,600
TOTAL					1	\$440,500	\$4,100	\$0	\$444,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																															
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																
CC 1066278014			ALMAZANA CORTES JENNY ANDREA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		CR 13 NIT-74		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		5555555		No																
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																															
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago																							
Pensión		Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Dias Mora		Valor																			
2025-08		2025-08	1783239551	9490501264	I	2025/09/03	2025/09/17	BANCO CALA SOCIAL		14		\$444,000																			
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																															
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCABLES						
No.	Identificación	Nombres		Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte	Código	Dias	IBC	Aporte								
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,423,500			\$227,800			\$1,423,500			\$178,000			\$0			\$0			\$34,700			\$0			\$0
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)							\$1,423,500			\$227,800			\$1,423,500			\$178,000			\$0			\$0			\$34,700			\$0			\$0
Ciudad BOGOTÁ Depto. BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)							\$1,423,500			\$227,800			\$1,423,500			\$178,000			\$0			\$0			\$34,700			\$0			\$0
1	CC	1066278014	ALMAZANA JENNY	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5002	30	\$1,423,500	\$178,000	0	50	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	50	\$0	50	\$0	\$34,700			\$0			\$0	
Total Afiliados(1)							\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0		\$0			\$0			\$0	



¡Transacción exitosa!

Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

Fecha y hora: 17 septiembre 2025 08:17 a.m.

Dirección IP: 191.156.233.52

Número de transacción: APII5260328115069189

Número de confirmación: 0d71d905272f

Cuenta Origen: Cuentamiga *****4221

Comercio: APORTES EN LINEA

Nit del comercio: 9999001472382

Código del servicio: 99000

Referencia de Pago: 9490501264

REFERENCIA 1: 191.156.233.52

REFERENCIA 2: CC

REFERENCIA 3: 1026278014

Código de la transacción (CUS): 1783239551

Fecha de la solicitud: 17 septiembre 2025

Ciclo de la transacción: 2

Valor: \$ 444.600,00

Descripción de la transacción: Pago de la Planilla de aportes con clave 9490501264

Valor del impuesto: \$ 0,00

