SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-JA-FT-077 VERSIÓN: 2

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA			
	CON C.C N°	1.013.609.450	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4642 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	10
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 19.007.281	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 138.037
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VENTISIETE (27) 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 especificas realizadas durante el mes)
1	OBSERVACION 1, VALOR DE 10 HORAS ADICIONALES MES AGOSTO DE 2025 POR UN VALOR DE $ 138.037
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
3	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE
4	NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA LOS EVENTOS EN INTERESES DE IDENTIFICACION EN LAS INTERVENCIONES
5	ENTREGA DE CUENTA DE COBRO DEL MES EN CURSO DEL AÑO 2025 SEGÚN CRONOGRAMA DISPUESTO POR TECNICOS ADMINISTRATIVOS
6	ASISTENCIA A PREADITORIA DEL PERIODO ESTABLECIDO
7	ENTREGA DE LISTADO DE FIRMAS SEMANALMENTE
8	
9	
10	

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:	1074043551	OPERADOR:	PAGO SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/08/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	12/08/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/08/2025	$ 34.700
OTRO			$ -
TOTAL PAGADO			$ 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 ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	ADRIANA CATALINA MUÑOZ CC No 1013609450
FIRMA DE QUIEN VALIDA	SANDRA YANNETH 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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION 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:	ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA	CC:	1013609450
CORREO ELECTRÓNICO:	CATAMU8912@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3138881081
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 24 2 25	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

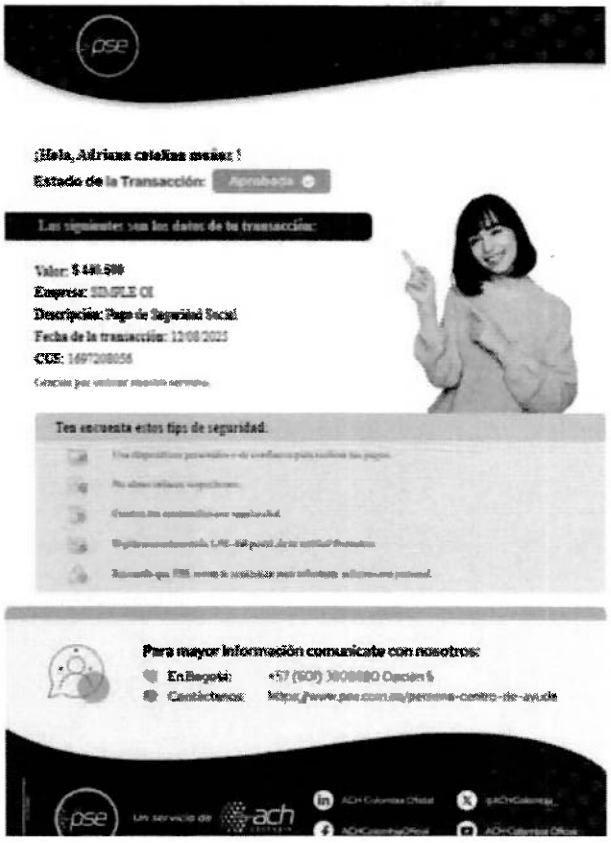
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6

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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	*AHORROS*	Nº CUENTA:	*8480360505*

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4642 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 138.037
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA
C.C 1013609450
Cel: 3138881081


¡Hola, Adriana catalina muñoz !
Estado de la Transacción: Aprobada
Los siguientes son los datos de tu transacción:
Valor: $ 440.900
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Fecha de la transacción: 12/08/2025
CUS: 169720805
Ten encuenta estos tips de seguridad.
Para mayor información comunícate con nosotros:
En Bogotá: +57 (601) 3606880 Opción 5
Contáctenos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda
Un servicio de
ach

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-18, 04:36:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074043551

Periodo Cotización: julio de 2025 **Periodo Servicio:** julio de 2025

PAGADO 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA		
Documento	CC1013609450	**Dirección**	CR 24 #2 - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138881081
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013609450	ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.