

 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: AP-1A-FI-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARIA CAMILA CANTE LEON	
CON C.C.Nº 1.001.067.010	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN 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
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4880 2025 FECHA INICIO CONTRATO 14/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.095.658 No. HORAS EJECUTADAS 184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 15.357.506 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.904.812
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (7) MESES Y VEINTE (20) DÍAS
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	VERIFICAR DIRECCIONES EN PAI PARA BUSQUEDA DE CONTACTO DE LOS USUARIOS
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES
3	VERIFICAR FRECUENCIAS DE USO PARA USUARIOS ANTES DE LA ASIGNACION DE CITAS
4	LLEVAR EL CONTROL Y ASISTENCIAS EN LA BASE DE USUARIOS ASIGNADOS
5	REALIZAR AGENDAMIENTO DE USUARIOS SUMINISTRADOS EN BASES DE DATOS
6	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES DE USUARIOS DE CAPITAL SALUD
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS	
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO 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:	9490545216
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD FECHA DE PAGO VALOR
SALUD:	SANITAS 11/09/2025 \$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES 11/09/2025 \$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA 11/09/2025 \$ 34.700
OTRO	MORA 11/09/2025 \$ 2.300
TOTAL PAGADO	
\$ 442.800	
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 ítem se calcula 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 SMMVLV (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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Maria Camila Cante Leon MARIA CAMILA CANTE LEON CC No 1.001.067.010
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Andra Contreras Peñaloza ANDRA CONTRERAS PEÑALOZA SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:	Lorenza Becerra Camargo LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA CAMILA CANTE LEON			CC:	1001067010
CORREO ELECTRÓNICO:	mariacamilacanteleon@gmail.com			TELÉFONO:	312 3546350
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 70A SUR 102 51			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 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:	4884248 19255
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4880 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.812		
FECHA DE INICIO CONTRATO	14/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 _____ MARIA CAMILA CANTE LEON C.C 1001067010 Cel: 312 3546350					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1001067010		CANTE LEON MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73#92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1768110247	9490545216	I	2025/09/03	2025/09/11	NEQUI	8	\$442,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	
1	CC	1001067010	CANTE MARIA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001067010		CANTE LEON MARIA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 73#92-85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1768110247	9490545216	I	2025/09/03	2025/09/11	NEQUI	\$442,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
TOTAL				1	\$440,500	\$2,300	\$0	\$442,800

 Detalle del movimiento

⬇ Pago realizado

Pago en
Aportes En Linea

¿Cuánto?
\$ 442.800,00

Fecha
10 de septiembre de 2025 a las 07:05 p. m.

Referencia
M28422171

¿De dónde salió la plata?
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

