

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 CLAUDIA LILIANA SEPÚLVEDA TORRES**

CON C.C.N° 52.181.910

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 4923 2025	FECHA INICIO CONTRATO	20/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.100.440	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.850.361	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS		

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

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)

ITEM	DESCRIPCIÓN
1	OBSERVACION 1, VALOR INDEXACION \$ 3.230.136 PESOS
2	OBSERVACION 2, VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,539,455 PESOS
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
4	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
5	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL
6	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
7	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
8	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR
10	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:	9490499535	OPERADOR:	Aportes en línea
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	17/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	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 ibr 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<p style="text-align: center;">NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p style="text-align: center;"><i>CLAUDIA SEPULVEDA TORRES</i> CLAUDIA LILIANA SEPÚLVEDA TORRES CC No 52181910</p>
<p style="text-align: center;">FIRMA DE QUIEN VALIDA</p>	<p style="text-align: center;"><i>Sandra Contreras</i> SANDRA CONTRERAS / YANNETH PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO</p>
<p style="text-align: center;">FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</p>	<p style="text-align: center;"><i>Lorenza Becerra Camargo</i> LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA LILIANA SEPÚLVEDA TORRES	CC:	52181910
CORREO ELECTRÓNICO:	Calito9s@hotmail.com	TELÉFONO:	3214454443
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 11 C 72A 73	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.

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24049697380
---------------------------------	-------------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4923 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.936
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

CLAUDIA LILIANA SEPÚLVEDA

CLAUDIA LILIANA SEPÚLVEDA

C.C 52181910

Cel: 3214454443

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SEMA e ICBF	
Identificación	dv	Razon Social		INDDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 C BIS N 72 A 73	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7777777					No
CC 52181910		SEPUJVEDA TORRES CLAUDIA LILIANA											

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Valor		
Periodo												
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Limite	2025/09/03	Pago	2025/09/17	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08		1000000948	9490499335							BOGOTÁ	14	\$444,500

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	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		\$1,423,500	\$34,700			
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		\$1,423,500	\$34,700			
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)				\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700			
1	CC 52181910	SEPUJVEDA CLAUDIA P30301	30	\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700			
Total Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800		\$1,423,500	\$178,000		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0		\$1,423,500	\$34,700			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52181910		SEPULVEDA TORRES CLAUDIA LILIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 C BIS N 72 A 73	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1000000948	9490499535	1	2025/09/03	2025/09/17	BANCO DE BOGOTA	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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$1,600	\$0	\$179,600
TOTAL				1	\$440,500	\$4,100	\$0	\$444,600

Pago en
Aportes En Línea

Número de planilla
9490499535

¿Cuánto?
\$ 444.600,00

Fecha
16 de septiembre de 2025 a las 07:58 p. m.

Referencia
M21310997

VIGILADO
Banco de Colombia

