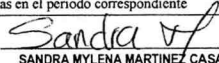

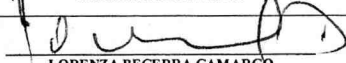
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS</b>					
CON C.C. N°			21.147.597		
<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 4926 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	20/02/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.100.440		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 13.500.817			<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.539.887
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES Y VEINTITRES (23) DIAS				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES.</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05				
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
2	OBSERVACION 2, VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,539,887				
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS				
4	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO				
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL				
6	SE REALIZA CARACTERIZACION 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	TRABAJA ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR				
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA				
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
<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 clausula "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>	9491412304		<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>		
SALUD:	FAMISANAR	15/09/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	15/09/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/09/2025	\$ 34.700		
OTRO			\$ -		
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</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 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.					
<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>			 SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS CC No 21.147.597		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>			 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:	SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS	CC:	21147597		
CORREO ELECTRÓNICO:	sandra.felipe99@gmail.com	TELÉFONO:	3102942002		
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 13 BIS ESTE 43B 58 SUR	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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24064446668
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4926 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.455		
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 ✓				
					
SANDRA MYLENA MARTINEZ CASALLAS C.C 21.147.597 Cel: 3102942002					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 21147597		MARTINEZ CASALLAS SANDRA MYLENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA13 A ESTE 43B 58SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2066374	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Penión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1000002020	9491412304	I	2025/09/22	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA	0	\$440,500	

RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800		
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700		
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000		
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000		
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$440,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$440,500</b>		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono								
CC 2114797		MARTINEZ CASALLAS SANDRA ANLENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA13 A ESTE 438 585UR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2066374								
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION				DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Banco								
Pension 2025-08	2025-08	1000002020	9491412304	1	2025/09/22	2025/09/15	BANCO DE BOGOTA								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES				LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES											
EMPLEADO				EMPLEADO											
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)			
1	CC 2114797	MARTINEZ SANDRA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP507	30	\$1,423,500	\$178,000	0	14-7	30	\$1,423,500	
<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>Total</b>			
<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>			


PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)				SICILIAS: PRINCIPAL (1 Añilidos)			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)				Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Añilidos)			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)				Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Añilidos)			
1	CC 2114797	MARTINEZ SANDRA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP507	30	\$1,423,500	\$178,000	0	14-7	30	\$1,423,500					
<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>Total</b>				<b>Total</b>			
<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>				<b>Añilidos( 1)</b>			

**MOVIIRE**

13/09/2025 18:33:11  
CAFE INTERNET TE  
CABINAS  
#064878

No. transacción  
ON250913.1833.J129

TRANSACCIÓN EXITO  
PAGO DE FACTURA

Banco de Bogotá 

No. autorización 9322143  
Convenio: PLANILLA  
APORTES EN LINEA  
No. Ref: 949141230  
Valor: \$440,500

LINEA DE ATENCIÓN 0  
512825 (opción 3) Bog  
3077200 (opción 3)

