

 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: AP1A-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL			
		CON C.C. Nº 39.754.439	
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 ESE PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4983 2025	FECHA INICIO CONTRATO	3/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.444.370	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.985.949	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	SEIS (6) MESES Y VEINTIOCHO (28) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05		
ITE M	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Debe ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
2	OBSERVACION 2, VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,532541		
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPOS 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 Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL		
6	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LAS UPZ DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL		
7	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
8	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RBC Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE		
9	SE REALIZA CARACTERIZACION A LAS PERSONAS QUE ACEPTAN LAS VISITAS DE LOS DIFERENTES PERFILES		
10	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO DE FORMATOS DE FRIMAS Y ESTRATEGIA ABORDAR		
11	ASISTENCIA A PREAUDITORIA		
12	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA		
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.			
ITE M	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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	9490793629	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SANITAS	11/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	11/09/2025	\$ 700
TOTAL PAGADO			\$ 441.200
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL CC No 39754439 BOGOTA		
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		

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL	CC:	39754439
CORREO ELECTRÓNICO:	luzstellavelasqueznestiel29@gmail.com	TELÉFONO:	3123339256
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 17H 70C 42 SUR	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:	CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24061807860
---------------------------------	--------------------	------------------------	----------------	-------------------	--------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4983 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL

LUZ STELLA VELASQUEZ NESTIEL

C.C 39754439

Cel: 3123339256

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39754439		VELASQUEZ NESTIEL LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17H # 70C-42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7662699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	9490793629	9490793629	I	2025/09/09	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	2	\$441,200

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					\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800					\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,423,500	\$227,800					\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					
1	CC 39754439	VELASQUEZ LUZ		25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0		
Total Afiliados(1)						\$1,423,500	\$227,800					\$0	\$0					\$1,423,500	\$34,700					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 30734439		VEJASQUEZ NESTEL LUZ STELLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 17H # 70C-42 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7662699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
Pension Salud							
2025-08	949073629	Planilla	2025/09/09	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	2	\$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
APP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100
COLPENSIONES	25-14	900.336.004	7	1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SUPA	14-11	890.903.790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300
SANTAS	EPS005	800.251.440	6	1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300
TOTAL				1	\$440,500	\$700	\$0	\$441,200



NIT. 860.002.964-4

PENSION AGOSTO 25

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior, El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reservará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 80002602 ****6199 1894 -
FTx11/07/25 14:19H.N0026 Santuario
202508 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009490793629
Identificacion39754439
VALOR PLANILLA:441,200.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:441,200.00

VALOR \$

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

OFX SAS - NIT. 900156826-1 6218028.000.01001

