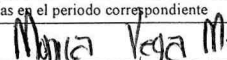
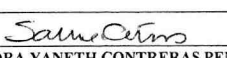
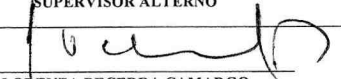
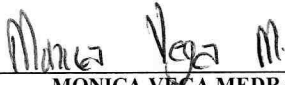


 Ministerio de Salud Unidad Ejecutiva de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT- 077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
MONICA VEGA MEDRANO						
		CON C.C.Nº		1.033.692.212		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO BACHILLER DE ACCESO 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 7124331 2024 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5500 2025		FECHA INICIO CONTRATO	26/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.305.355		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 7.995.659		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.904.812	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		CUATRO (4) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 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						
1	ASIGNACION EN TIEMPO REAL					
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES					
3	REALIZAR ACTA DE LECTURA DE LINEAMIENTOS Y DE AGENDAMIENTO					
4	RECORDATORIO DE CITAS					
5	INGRESO AL APLICATIVO GITAPPS					
6	GESTIONAR BASE DE DATOS LLAMADAS DE ASIGNACION DE CITAS Y SEGUIMIENTO A INASISTENCIAS					
7	PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED					
8	FRECUENCIA DE USO					
9	LLAMAR BASES, AGENDAMIENTO CITAS MEDICAS					
10	REALIZAR Y VALIDAR FRECUENCIA DE USO SEGUN CARACTERIZACION					
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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)						
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		7982820299		OPERADOR:	SOI	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD	FECHA DE PAGO			
SALUD:		COMPENSAR	10/09/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:		COLPENSIONES	10/09/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:		SEGUROS BOLIVAR	10/09/2025		\$ 34.700	
OTRO		CAJA COMPENSACION COMPENSAR	10/09/2025		\$ 28.500	
OTRO		7 DIAS DE MORA	10/09/2025		\$ 2.300	
TOTAL PAGADO					\$ 471.300	
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 ningún 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 fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 MONICA VEGA MEDRANO CC No 1033692212				
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANETH 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:	MONICA VEGA MEDRANO			CC:	1033692212
CORREO ELECTRÓNICO:	VEGA.AUX.ADTV02018@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3045532040
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 49 B SUR 5 B 41			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					
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:	550488401853517
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5500 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.812		
FECHA DE INICIO CONTRATO	26/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
 MONICA VEGA MEDRANO C.C 1033692212 Cel: 3045532040					



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1033692212	NÚMERO PLANILLA:	7982820299	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto AÑO	2025	TIPO DE PLANILLA:	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto AÑO	2025	I-INDEPENDIENTES	1767461517		
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	DIAS DE MORA:	FECHA PAGO (aaaa/mm/vdd):	2025/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:											
DIRECCIÓN:	CLL 49B SUR #5B-41	TELÉFONO:	6866666																
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE																
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.																
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO																		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN										TOTAL APORTES A SALUD									
APORTES VOLUNTARIOS										LICENCIA MATERNIDAD									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	MORA	TOTALES	VALOR PAGADO				
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.100	\$ 0	\$ 0	\$ 227.800	\$ 1.100	\$ 228.900	\$ 228.900				
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A SALUD										TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
LICENCIA MATERNIDAD										INCAPACIDAD IRP									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 178.000	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 800	\$ 0	\$ 178.000	\$ 800	\$ 0	\$ 178.800	\$ 178.800			
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES										TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
INCAPACIDAD IRP										Caja de Compensación Familiar									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO				
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 34.700	\$ 0	\$ 34.700	\$ 200	\$ 0	\$ 34.900	\$ 34.900	\$ 0	\$ 34.900	\$ 34.900				
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
Caja de Compensación Familiar										PENSIÓN									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO				
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 28.500	\$ 200	\$ 0	\$ 28.700	\$ 28.700	\$ 0	\$ 28.700	\$ 200	\$ 28.900	\$ 28.900	\$ 0	\$ 28.900	\$ 28.900				
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR										LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
Caja de Compensación Familiar										PENSIÓN									
CÓDIGO	ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO				
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 28.500	\$ 200	\$ 0	\$ 28.700	\$ 28.700	\$ 0	\$ 28.700	\$ 200	\$ 28.900	\$ 28.900	\$ 0	\$ 28.900	\$ 28.900				
SUBTOTALES:										SUBTOTALES:									

TOTAL PAGADO: \$ 471.300



Comprobante de pago

⬇ Pago realizado

Pago en
Soi Ach

¿Cuánto?

\$ 471.300,00

Fecha

10 de septiembre de 2025 a las 03:09 p. m.

Referencia

M18758207

Superintendencia Financiera
de Colombia
VIGILADO