| | | |
|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN | CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 |

| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y MARCELA PATIÑO HURTADO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | CON C.C N° | 1.022.945.514 | |
| 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 4709 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 10/02/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | $ 4.920.528 | No. HORAS EJECUTADAS | 224 | |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | $ 22.960.720 | | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | $ 3.892.036 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS | | | |
| 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 PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | OBSERVACION 1: COBRO DE 40 HORAS ADICIONALES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE $ 552.100. |
| 2 | OBSERVACION 2: COBRO DE 184 HORAS REGULARES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE $ 2.539.936. |
| 3 | SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 0 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL |
| 4 | SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR |
| 5 | SE LLENAN PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN EL TERRITORIO 096 DE LA LOCALIDAD SANTA FE |
| 6 | SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO |
| 7 | SE REALIZA LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO |
| 8 | SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES |
| 9 | SE LE INFORMA A LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE LAS VISITAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR Y SE CONTACTAN LOS LIDERES PARA ACCESO A PUNTOS QUE REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO |
| 10 | SE REALIZAN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUE DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA |

**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: | 1074865467 | OPERADOR: | SIMPLE |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR |
| SALUD: | FAMISANAR | 11/09/2025 | $ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLPENSIONES | 11/09/2025 | $ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 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 ibc 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 afiliacion 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

| | |
|---|---|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA | Marcela Patiño<br>MARCELA PATIÑO HURTADO<br>CC No. 1.022.945.514 |
| FIRMA DE QUIEN VALIDA | Sandra<br>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA<br>SUPERVISOR ALTERNO |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO: | LORENZA BECERRA CAMARGO<br>SUPERVISOR DEL CONTRATO |

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-014**<br>**VERSIÓN: 7**<br>**FECHA: 2025-06-09** |

| **DATOS DEL CONTRATISTA** | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025** ✓ | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | MARCELA PATIÑO HURTADO | **CC:** | 1022945514 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | marcela.subredcentrooriente@gmaill.com | **TELÉFONO:** | 3102955186 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 80 SUR 10 44 | **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

| | | |
|---|---|---|
| **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*** | **N° CUENTA:** | ***008400770510*** |

| **DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO** | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4709 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 3.092.036** |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 30/09/2025 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | 01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓ | | |

Marcela Patiño

**MARCELA PATIÑO HURTADO**
**C.C 1.022.945.514**
**Cel: 3102955186**

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-09-11, 09:53:20 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1074865467

**Periodo Cotización:** agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810265618

**PAGADO 11/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARCELA PATINO HURTADO | | |
| **Documento** | CC1022945514 | **Dirección** | CALLE 80 SUR # 10 -44 APTO 102 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3102955186 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | SEGUROS BOLIVAR |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | IGE | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | Irr | Días A.P.O | Días S.G.P | Días A.R.P | Días C.C.F | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1022945514 | MARCELA PATIÑO HURTADO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

## III. TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 2.300 | $ 442.800 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402502 - Barranquilla: 605 3616850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SEP [illegible] S: BBMDES10.SA

CORRESPONSAL
WWWINTERCOMUNICACIONES
CR 8C BIS 81 97 SUR

BANCO DE BOGOTA

C.UNICO: C021209572 TER: SX722673
V.ELECTRON Cc
**0422 RECIBO: 000986 RRN: 001796
RECAUDO APRO: 402895

SERVICIO: 0000001136
FACTURA: 0000000008810265618

** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 442.800

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

SEP 10 2025 - 15:34:56
CORRESPONSAL
WWWINTERCOMUNICACIONES
CR 8C BIS 81 97 SUR
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001136
FACTURA: 0000000008810265618
VALOR: $ 442.800

TOTAL: $ 442.800