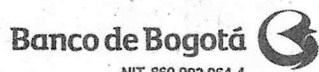


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-JA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y JENY MARYURY MALAGON NARANJO					
CON C.C Nº			1.022.992.113		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 E.S.E PARA EL 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Nº.	PS 5994 2025	FECHA INICIO CONTRATO	24/07/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 761.981	No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 5.841.853		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y SIETE (7) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 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 específicas realizadas durante el mes)				
1	OBSERVACION I, COBRO DE 184 HORAS DEL MES DE SEPTIEMBRE \$ 2.539.887 PESOS				
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS				
3	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO				
3	SE REALIZA CARACTERIZACION DE TOMAS TERRITORIALES EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
3	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
3	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS				
3	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES				
3	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR				
3	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.					
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:	9490510184	OPERADOR:	APORTES EN LINEA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	CAPITAL SALUD	11/09/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION	11/09/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS 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 40% 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, 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 JENY MARYURY MALAGON NARANJO CC No 1.022.992.113			
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:	JENY MARYURY MALAGON NARANJO	CC:	1022992113
CORREO ELECTRÓNICO:	jmaryurymalagon@gmail.com	TELÉFONO:	3053907776
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69 F BIS 14 C 08	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		()	
<p>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.</p>			
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	Nº CUENTA: 0550488453986579
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5994 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	24/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
<p><i>Jenny Malagon</i></p> <p> JENY MARYURY MALAGON NARANJO C.C 1022992113 Cel: 3053907776 </p>			



NIT. 860.002.964-4

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 80032903 ****2487 7353
FTx11/09/25 13:36H.N0329 Centro Com
202508 84 Aportes en línea
PLANILLA No.000009490510184
Identificacion1022992113
VALOR PLANILLA:442,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:442,800.00

VALOR \$

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022992113		MALAGON NARANJO JENY MARYURY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69 C bis # 14C - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053907776	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	9490510184	9490510184	I	2025/09/03	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	8	\$442,800

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	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0
1	CC	1022992113 MALAGON JENY	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5C34	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022992113		MALAGON NARANJO JERY MARYURY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 69 C bis # 14C - 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3053907776	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	9490510184	9490510184	1	2025/09/03	2025/09/11	BANCO DE BOGOTA	8	\$442,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
TOTAL				1	\$440,500	\$2,300	\$0	\$442,800	