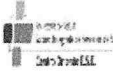



 <b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2025-06-09</b>	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA</b>			
<b>CON C.C N°</b>		1.000.604.548	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5995 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	24/07/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 761.981	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.841.853	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.539.887
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MESES Y SIETE (7) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	OBSERVACION 1, COBRO DE 184 HORAS DEL MES DE SEPTIEMBRE \$ 2.539.887 PESOS		
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIBERES 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		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>			
<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 <b>cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> 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>	9491680062	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>
SALUD:	COMPENSAR	10/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	10/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/09/2025	\$ 34.700
OTRO	COMPENSAR	10/09/2025	\$ 8.600
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 449.100</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 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 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.			
<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>	 <b>YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA</b> CC No 1.000.604.548		
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 <b>SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA</b> SUPERVISOR ALTERNO		
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 <b>LORENZA BECERRA CAMARGO</b> SUPERVISOR DEL CONTRATO		

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025 ✓					
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA			<b>CC:</b>	1000604548
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	sofiaguzman1705@gmail.com			<b>TELÉFONO:</b>	3184014986
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 52 A SUR 4 B 71 ESTE			<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>					
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.					
<b>Régimen Simple De Tributación</b> : 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)
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	0550488453986579
<b>DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO</b>					
<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5995 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.539.887		
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	24/07/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025 ✓		
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓				
					
<b>YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA</b> C.C 1000604548 Cel: 3184014986					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000604548		YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA	INDEPENDIENTE	Principal	cl 52 a sur #4B 71 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3188098111	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	1767613147	9491680062	I	2025/09/10	2025/09/10	NEQUI	0	\$449,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES									
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	cap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	trf	vtp	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	1000604548																		23020	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	2.436%	30	No
Total Afiliados( 1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000604548		YENIFER SOFIA GUZMAN ESCAMILLA	INDEPENDIENTE	Principal	cl 52 a sur #4B 71 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3188098111	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	1767613147	9491680062	I	2025/09/10	2025/09/10	NEQUI	0	\$449,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$8,600	\$0	\$0	\$8,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$449,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$449,100</b>	



⬇ Pago realizado

---

Pago en  
Aportes En Linea

¿Cuánto?

\$ 449.100,00

Fecha

10 de septiembre de 2025 a las 03:58 p. m.

Referencia

M21001344

Superintendencia Financiera  
de Colombia

VIGILADO