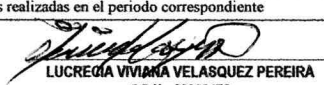
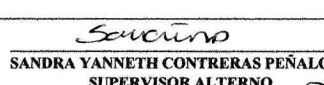
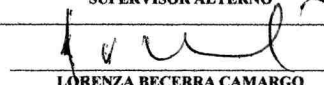


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y LUCRECIA VIVIANA VELASQUEZ PEREIRA					
		CON C.C N°		52.903.470	
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 5672 2025		FECHA INICIO CONTRATO	6/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.741.214		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.821.086		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 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 1 COBRO DE HONORARIOS CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025 POR \$ 2.539.887				
2	PRESTAR SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS				
3	INICIAR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS				
4	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES				
5	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS				
6	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS				
7	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLESIDA Y HALLAZGOS				
8	REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS 017 BARRIO LA PAZ Y 051 BARRIO CARMEN DEL SOL VERIFICACION DE MAPAS Y MANZANAS ASIGNADAS PARA LA UBICACIÓN DE LAS FAMILIAS A INTERVENIR TODOS LOS DIAS				
9	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO TODOS				
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> 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:	9491132167		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR	17/09/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	17/09/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/09/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	17/09/2025	\$ 500		
TOTAL PAGADO			\$ 441.000		
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% 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, 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 fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 LUCRECIA VIVIANA VELASQUEZ PEREIRA CC No 52903470			
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:	LUCRECIA VIVIANA VELASQUEZ PEREIRA	CC:	52903470
CORREO ELECTRÓNICO:	vivianavelasquez2017@gmail.com	TELÉFONO:	3123408673
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 39 BIS SUR 78N 24	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 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.			
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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
Nº CUENTA:	42658714605		
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5672 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/06/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
 LUCRECIA VIVIANA VELASQUEZ PEREIRA C.C 52903470 Cel: 3123408673			



Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de la Planilla de aportes con clave\
9491132167

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

APORTES EN LINEA

Fecha de solicitud

16 de septiembre de 2025

CUS

1782537990

¿Cuánto?

\$ 441.000,00

Factura de comercio

9491132167

Tu plata salió de:



Disponible



Medi

The Journal of Medicine

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52903470		VELASQUEZ PEREIRA LUCRECIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 BIS 78- 1-24	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1782537990	9491132167	I	2025/09/16	2025/09/17	NEQUI	1	\$441,000

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			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$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	\$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	\$0
1	CC 52903470	VELASQUEZ LUCRECIA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5017	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE	ICBF
CC 52903470		VELASQUEZ PEREIRA LUCRECIA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 BIS 78- 1-24	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7777777	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	1782537990	9491132167	I	2025/09/16	2025/09/17	NEQUI	1	\$441,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
PORVENIR				1	\$227,800	\$200	\$0	\$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EP5017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
FAMISANAR				1	\$178,000	\$200	\$0	\$178,200
TOTAL				1	\$440,500	\$500	\$0	\$441,000