

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AM-14-FT-07 VERSIÓN: 1 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
FABIOLA BONILLA TORRES			
CON C.C.N°		29.229.309	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 4457 2025	FECHA INICIO CONTRATO	29/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.428.365	No. HORAS EJECUTADAS	232
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.899.797	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.481.719
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES Y DOS (2) 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	COBRO CORRESPONDIENTE A INSUMO ANCESTRAL MES DE SEPTIEMBRE, POR UN VALOR DE: \$487.784		
2	COBRO CORRESPONDIENTE A 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE, POR UN VALOR DE: \$ 1.913.935		
3	ORIENTAR LOS CUIDADOS QUE RECOBRAN IMPORTANCIA EN EL VALOR DE LAS FAMILIAS, PARTICIPACION EN LA GENERACION DE CONTENIDOS COMUNICATIVOS.		
4	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR ORGANIZADAS DESDE EL EQUIPO KILOMBO Y CONCERTACION CON COMUNIDAD		
5	ACCION COLECTIVA SEGÚN ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD		
6	BRINDAR AYUDA EMOCIONAL Y DIALOGOS CON PRACTICAS Y METODOS TRADICIONALES		
7	PREPARACION DE MEDICINA ANCESTRAL Y REALIZAR ATENCIONES DIFERENCIALES DESDE SUS TÉCNICAS CURATIVAS		
8	APOYO ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL POBLACION EN GENERAL EN EL KILOMBO OBATALA		
9	SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO A NECESIDADES PROPIAS DE LAS FAMILIAS Y CONDICIONES DE SALUD EN RAFAEL URIBE		
10	PARTICIPAR EN LA REUNION MENSUAL DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR		
11	MANEJO ANCESTRAL AFRO INDIVIDUALES EN EL KILOMBO OBATALA		
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:	1074878960	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	15/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	POBVENIR	15/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/09/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	15/09/2025	\$ 3.500
TOTAL PAGADO			\$ 444.000
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 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, 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 y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 FABIOLA BONILLA TORRES CC No 29228309		
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:	FABIOLA BONILLA TORRES	CC:	29229309
CORREO ELECTRÓNICO:	fabiola.bonilla@gmail.com	TELÉFONO:	3026172157
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 24 1 21	CIUDAD:	BOGOTA

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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488449241667
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4457 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.401.719
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		

Fabiola Bonilla

FABIOLA BONILLA TORRES

C.C 29229309
 Cel: 3026172157



**CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA**
Puntored no te cobra por esta
transacción
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha 15/09/2025
Hora 10:59:44
Terminal 382347
Convenio **PILA PLANILLA
ASISTIDA SIMPLE**
Cod. 0408
Convenio
Referencia 8823372693
Valor \$444,000
Transaccion 001248803109
Usuario **IVONN CASTIBLANCO
TORRES**

.....
Línea de atención
personalizada en Bogotá:
601 3487877 Resto del País: 01
8000 960 505
Aquí también puede pagar su
tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Scotiabank Colpatría
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

El usuario autoriza a COMEXED SAS
(PUNTORED) para el tratamiento de los
datos proporcionados para el envío de
soportes electrónicos de las
transacciones que realice en el punto,
cuando ello sea requerido o solicitado
por el Usuario, así mismo para
realizar estudios de consumo,
analítica de datos y comercializar la
información procesada, para ampliar la
oferta financiera, comercial y de
servicios que le proporciona PUNTORED y
/o para contactarlo y adelantar
campañas comerciales. Para conocer sus
derechos, consulte la Política de
Tratamiento disponible en www.puntored.com,
o los cuales podrá ejercer a través
del correo servicioalcliente@puntored.com.