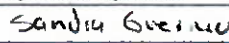
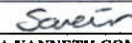

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-877 VERSIÓN: 2 FECHA: 2015-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA</b>					
CON C.C.N°			52.372.572		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4776 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	10/02/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.920.528		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	28	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 21.346.856			<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 386.512
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) 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 VALOR HORAS ADICIONALES AGOSTO				
2	ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO				
3	CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS				
4	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS				
5	REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACIÓN, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA				
6	ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS				
7	ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS				
8	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE TOMAS TERRITORIALES ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS				
9	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN EL TERRITORIO ASIGNADO				
10	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>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/08/2025) AL (31/08/2025)					
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074079628		<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>		
SALUD:	SANITAS	14/08/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLFONDOS	14/08/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/08/2025	\$ 34.700		
OTRO					
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 440.500		
<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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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.					
<b>VI. ANEXOS</b> (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					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>		 <b>SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA</b> CC No 52.372.572			
<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 - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN  
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014  
VERSIÓN: 7  
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA			CC:	52.372.572
CORREO ELECTRÓNICO:	spguerrero.centroorient@gmail.com			TELÉFONO:	3178428128
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 81 BIS 8 B 04 ESTE			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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4870282383
DATOS DEL PERÍODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4776 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERÍODO OBJETO DE COBRO	S 386.512 /		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025 /		
PERÍODO OBJETO DE COBRO:	01/08//2025 AL 31/08/2024 /				
<p><i>Sandra Guerrero</i></p> <p>SANDRA PATRICIA GUERRERO GARCIA CC: 52.372.572 TEL: 3178428128</p>					



<sup>B</sup>  
 Scotiabank

 COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO  
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no le cobra por esta transacc.

Pago de facturas

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	14/08/2025
Hora	13:17:45
Terminal	235299
Conve	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8823170021
Valor	\$440,500
Transaccion	001230614226
Usuario	ALDEMAR ACOSTA

Línea de atención personalizada en Bogotá  
3487881 Resto del País: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de  
crédito y créditos de consumo del Banco  
Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA