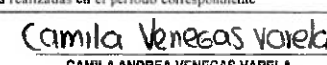

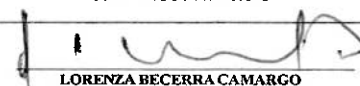


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2025-04-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA			
CON.C.C.N°		1000383375	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4810 2025	FECHA INICIO CONTRATO	11/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 7.862.639	No. HORAS EJECUTADAS	5
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.557.832	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 112.150
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
ITE M	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)		
1	REALIZAR VISITAS Y SEGUIMIENTOS A USUARIOS PARA IMPLEMENTACION DEL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR		
2	DERIVAR A LOS USUARIOS A OTROS PROFESIONALES TENIENDO EN CUENTA LOS RIESGOS IDENTIFICADOS		
3	ASISTIR A FORTALECIMIENTOS Y ASISTENCIAS TECNICAS PARA MANEJO DE HERRAMIENTAS (GITAPPS)		
4	NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA ENCONTRADOS EN EN CADA INTERVENCION		
5	REALIZAR PROCESO DE CANALIZACION LUEGO DE LA IDENTIFICACION DE RIESGOS		
6	REALIZAR CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE CADA UNO DE LOS DIAS DEL CONVENIO		
7	DILIGENCIAR DE MANERA OPORTUNA Y CON CALIDAD LOS FORMATOS CORRESPONDIENTES EN EL MOMENTO DE REALIZAR LAS VISITAS		
8	IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA RIESGOS Y NECESIDADES Y GESTIONAR LAS MISMAS		
9	REALIZAR EDUCACION ACERCA DEL FACTOR DE RIESGO PRINCIPAL IDENTIFICADO EN CADA FAMILIA		
10	REGISTRAR DE MANERA OPORTUNA LAS VISITAS REALIZADAS A LOS DIFERENTES USUARIOS EN EL APLICATIVO GITAPPS		
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.			
ITE M	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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074995593 / 1075841112	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	18/08/2025 - 22/09/2025	\$ 213.400
PENSION:	COLPENSIONES	18/08/2025 - 22/09/2025	\$ 273.200
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA	18/08/2025 - 22/09/2025	\$ 41.600
	MORA	18/08/2025 - 22/09/2025	\$ 600
TOTAL PAGADO			\$ 528.800
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% 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, 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			
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	 CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA CC No 1000383375		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	 LORENZA BECERRA CAMARGO 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

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA	CC:	1000383375
CORREO ELECTRÓNICO:	cvenegas75@uan.edu.co	TELÉFONO:	3123273903
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 78 70A 32	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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	91273256437
--------------------------	-------------	-----------------	---------	------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4810 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 112.150
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Camila Venegas Varela

CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA
 C.C 1000383375
 Cel: 3123273903



Comprobante de pago

⬇ Pago realizado

Pago en
Simple Oi

¿Cuánto?
\$ 506.000,00

Fecha
18 de agosto de 2025 a las 12:38 p. m.

Referencia
M6027514

VIGILADO
Superintendencia Bancaria
de Colombia

12:57



76



Detalle del movimiento



⬇ Pago realizado

Pago en
Simple Oi

¿Cuánto?
\$ 22.800,00

Fecha
22 de septiembre de 2025 a las 11:27 a. m.

Referencia
M9458168

¿De dónde salió la plata?
Disponible

¿Algún problema con este movimiento?

