

		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-LA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
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 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 4810 2025		FECHA INICIO CONTRATO		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 7.862.639		No. HORAS EJECUTADAS		
				224		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 33.557.832		VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR		
				\$ 5.024.300		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		SIETE (7) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05				
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)						
ITEM						
1	COBRO DE 40 HORAS ADICIONALES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$897.200					
2	COBRO DE 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$4.127.120					
3	ASISTIR A FORTALECIMIENTOS Y ASISTENCIAS TECNICAS PARA MANEJO DE HERRAMIENTAS (GITAFPS)					
4	NOTIFICAR DE MANERA OPORTUNA EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA ENCONTRADOS EN EN CADA INTERVENCION					
5	REALIZAR PROCESO DE CANALIZACIÓN LUEGO DE LA IDENTIFICACIÓN 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 GITAFPS					
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 cláusula "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:	1075687057		OPERADOR:	SIMPLE		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR		16/09/2025	\$ 224.700		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		16/09/2025	\$ 287.600		
RIESGOS LABORALES:	ARL SURA		16/09/2025	\$ 43.800		
TOTAL PAGADO				\$ 556.100		
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			 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 – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
 FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA
 GESTIÓN

CÓDIGO: AP-JA-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	N° CUENTA:	91273256437
---------------------------------	-------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4810 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.024.320
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		

Camila Venegas Varela
 CAMILA ANDREA VENEGAS VARELA
 C.C 1000383375
 Cel: 3123273903

⌵ Pago realizado

Pago en
Simple Oi

¿Cuánto?
\$ 556.100,00

Fecha
16 de septiembre de 2025 a las 02:44 p. m.

Referencia
M12261111

¿De dónde salió la plata?
Disponible

[¿Algún problema con este movimiento?](#)

