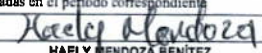


		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-PT-077</b> VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>HAELY MENDOZA BENÍTEZ</b>						
<b>CON C.C.N°</b>				1.076.324.849		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ETNICO 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					
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4790 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	10/02/2025		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.920.528		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184		
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 22.915.439			<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.539.887	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DÍAS					
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADOO 05					
<b>ITE M</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1	CIERRE DE FAMILIAS AFRO					
2	GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN TRANSITORIA					
3	VISITA A FAMILIAS PARA PROMOCIÓN DE LA SALUD AMBIENTAL					
4	ASISTENCIA TÉCNICA Y FORTALECIMIENTO					
5	CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS AFRO					
6	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS COMO DILIGENCIAMIENTO DEL APLICATIVO					
7	ENTREGA DE TABLEROS AMBIENTALES A FAMILIA					
8	DILIGENCIAMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES					
9	DESARROLLO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS					
10	APOYO EN KILOMBO					
<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>ITE M</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 ( 01/09/2025) AL (30/09/2025)						
<b>IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
<b>No. DE PLANILLA:</b>	89334475		<b>OPERADOR:</b>	MI PLANILLA		
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>			
SALUD:	COMPENSAR	11/09/2025	\$ 178.000			
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227.800			
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	11/09/2025	\$ 34.700			
OTRO	CAJA DE COMPENSACIÓN	11/09/2025	\$ 28.500			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 469.000</b>			
<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 ningun 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.						
<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>HAELY MENDOZA BENÍTEZ</b> CC No 1076324849			
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 <b>SANDRA VANETH 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:	HAELY MENDOZA BENÍTEZ	CC:	1076324849
CORREO ELECTRÓNICO:	hael3mas@hotmail.com	TELÉFONO:	3212971874
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CRA 3 # 1B-56	CIUDAD:	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>			
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 DE BOGOTÁ	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	035472315
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4790 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
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		
 HAELY MENDOZA BENÍTEZ C.C 1076324849 Cel: 3212971874			







**¡Hola, haely mendoza!**

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** \$ 469.600

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 10/09/2025

**CUS:** 1768547725

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta estos tips de seguridad:**

- 📱 Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- 🔗 No abras enlaces sospechosos.
- 🔒 Cambia tus contraseñas con regularidad.
- 🌐 Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- 🔒 Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



**Para mayor información comunícate con nosotros:**

- 📞 En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- 🌐 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

