

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		CODIGO: AP-1A- FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS			
CON C.C.Nº		1.001.284.056	
OBJETO DEL CONTRATO:	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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4741 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.286.230	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.455
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 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 específicas realizadas durante el mes)		
1	OBSERVACIÓN I COBRO DE HONORARIOS POR \$2.539.455 PESOS		
2	SE REALIZA EL ABORDAJE DE LAS FAMILIAS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO EN SALUD DE ACUERDO A LO ESTIPULADO POR LOS LINEAMIENTO		
3	SE REALIZA VALORACIÓN DE SIGNOS VITALES Y MEDIDAS ANTROPOMETRICAS CORRESPONDIENTES AL CURSO DE VIDA Y CONDICIÓN EN SALUD		
4	SE REALIZA LA APLICACIÓN DE TAMIJAZES DE OMS PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR, FIDRISC Y EPOCCORRESPONDIENTES A LOS RIESGOS DE SALUD EVIDENCIADOS EN CADA UNA DE LAS FAMILIAR		
5	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS FAMILIAS Y SUS PRIORIDADES CON POBLACIÓN CRONICA, MENORES DE 5 AÑOS, GESTANTES, SALUD MENTAL, ETC PARA SU DERIVACIÓN DE ACUERDO AL RIESGO EVIDENCIADO		
6	VALORACIONES GENERALES QUE INCLUYEN TOMA DE SIGNOS VITALES, INFORMACION DE ESTADO DE SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA		
7	REALIZAR CANALIZACION Y AGENDAMIENTO EN TIEMPO REAL A LA POBLACION INADHERENTE A CONSULTAS DE LOS PROGRAMAS DE PYM SEGÚN CURSO DE VIDA, DANDO RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN LAS FAMILIAS.		
8	REALIZAR LAS CORRESPONDIENTES DERIVACIONES A LOS PROFESIONALES DE EBEH POR PARTE DE LAS PROMOTORAS QUI INDICA LA GUIA OPERATIVA DE MANERA OPORTUNA PARA REALIZAR SU SEGUIMIENTO A LA IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD.		
9			
10			
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 clausula "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. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	88589645	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	13/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCIÓN	13/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/08/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR	13/08/2025	\$ 28.500
TOTAL PAGADO			\$ 469.000
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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		DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS CC No 1001284056	
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: 31/08/2025 ✓			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS	CC:	1001284056
CORREO ELECTRÓNICO:	Moncada212002@gmail.com	TELÉFONO:	3125184278
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 18M 70A 87 SUR	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			
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: 447209495
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4741 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.455
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/8/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓		
 DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS C.C 1001284056 Cel: 3125184278			

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1001284056	DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROANOS	CRA 18m 70a 87sur	7925571	moncada212002@gmail.com	BOGOTÁ, D.C.			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO			
UNICA	I – independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Coltización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Coltización
EPS008	Compensar EPS	960066942-7	178.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	0
1			178.000	0					0	0	178.000
										</	

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	CÓDIGO	NOMBRE APORTANTE	NÚMERO	NOMBRE SUCURSAL	DIRECCIÓN	TEL.FONO
CC		DANIELA ALFONSO MONCADA PROVINCIA DE LOS RIOS	1001284056		CRA 18m 70a 87sur	7925571
PRESERVAÇÃO		CLASSE				
UNICA		I - Independente				

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	PLANTILLA NÚMERO
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2025-07	2025-07	I		13/08/2025	88589645
\$469.000					



¡Hola, Daniela Alejandra Moncada Proaños!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 469.000

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 12/08/2025

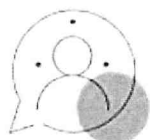
CUS: 1697283481

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



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial

