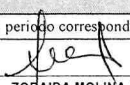


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ZORAIDA MOLINA QUINTANA					
CON C.C.Nº			1.054.539.714		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO AUXILIAR CUIDADOR 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 4692 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.272.409			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.527.787
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 GRADO 05				
ITEM	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	AYUDAR CON LAS NECESIDADES BASICAS DEL PACIENTE ,CON EL TRASLADO Y MOVILIDAD DENTRO DE LA CASA				
2	REALIZAR TOMA DE SIGNOS VITALES AL INICIO Y FINALIZAR EL RELEVO				
3	SOLO SE DEBE CUIDAR ALA PERSONA SUJETO DEL CUIDADO				
4	IDENTIFICAR SOCIALIZAR Y MANTENER LOS LIMITES LAS FUNCIONES DE LA ASISTENCIA COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA				
5	SE DILIGENCIA TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA DURANTE EL MES				
6	INFORMAR OPORTUNAMENTE ANTE SITUACIONES QUE PONGAN EN RIESGO LA INTEGRIDAD DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA				
7	NUNCA TOMAR DECISIONES IMPORTANTES EN NOMBRE DE LA PERSONA				
8	ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE EL AUXILIAR DEL RELEVO NO REALIZA PROCESOS INVASIVOS				
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 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:	1074862981		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	COMPENSAR	13/08/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/08/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	13/08/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	13/08/2025	\$ 2.400		
TOTAL PAGADO			\$ 442.900		
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, 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		 ZORAIDA MOLINA QUINTANA CC No 1054539714			
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:	ZORAIDA MOLINA QUINTANA			CC:	1054539714
CORREO ELECTRÓNICO:	molinazoraida776@gmail.com			TELÉFONO:	3042583910
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 77 H 73 48			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.					
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 AVVILLAS	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	49969556
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4682 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.527.787		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
 ZORAIDA MOLINA QUINTANA C.C 1054539714 Cel: 3042583910					

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 04:13:46 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074862981

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823371096

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ZORAIDA MOLINA QUINTANA			Dirección	CR 22A #71 - 64
Documento	CC1054539714			Teléfono	3042583910
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SEN	UES	UAC	UAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1054539714	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	59	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.400	\$ 442.900

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCO SCOTIABANK COLOMBIA VIGILADO

Scotiabank Colombia
Credito y credito de consumo del banco
Agotamiento puede pagar en tarjeta de

3487881 RASTRO del caso: 01 8000 980 505
Lima de atención personalizada en Bogotá

US MARIA ALEJANDRA RINCON GONZALEZ
Transacción: 001230169657
Valor: \$442,500
Referencia: 0023371096
Cod. Comercio: 0408
Compa. RITE PLANETAS ASISTIDA SIMPLI
Terminal: 348849
Nota: 15/04/16
Fecha: 11/08/2025

TRANSACCION EXITOSA

Pago de facturas

Protección no se cobra por este transacción

RESPONSABLE BANCO
SCOTIABANK COLOMBIA

COLPATRIA

Scotiabank