Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION 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: (31/10/2025)			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ASTRID MANJARREZ GONZALEEZ	**CC:**	65800452
CORREO ELECTRÓNICO:	astridmanjarrezgonzalez@gmail.com	**TELÉFONO:**	3177228329
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 94A # 6-40	**CIUDAD:**	BOGOTA D.C

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 ( )

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***42658714605***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 7368 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**2025000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/10/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/10/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/07 AL 2025/10/31		

ASTRID MANJARREZ GONZALEZ
C.C, 65800452
Cel: 3177228329

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION 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					
ASTRID MANJUARREZ GONZALEZ					
		CON C.C Nº	65.800.452		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO GESTOR TECNICO MAS BIENESTAR 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 DESARROLLO DEL CONVENIO MAS BIENESTAR.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 7368 2025			**FECHA INICIO CONTRATO**	7/10/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$**	**2.484.000**	**No. HORAS EJECUTADAS**	125	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$**	**2.484.000**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.025.000**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTICINCO (25) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA				

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	*Presté mis servicios con calidad y oportunidad para el desarrollo de las actividades del Convenio Más Bienestar Equipos Básicos Extramurales, suscrito entre el FDS y la Subred.*
2	Presenté mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar y, al finalizar cada mes, entregué el informe correspondiente de las actividades ejecutadas.
3	Apoyé la prestación de servicios en el marco del Convenio, presentando la información y soportes requeridos, conforme a los anexos y lineamientos técnicos vigentes
4	Apoyé las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas en los planes de mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación.
5	Realicé la apropiación conceptual desde mi perfil, de acuerdo con los anexos y lineamientos técnicos del convenio
6	Desarrollé procesos de asistencia técnica según mi saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de procesos transversales del convenio.
7	Revisé, alisté y entregué con calidad cada uno de los formatos, documentos, bases e informes generados como resultado de las acciones o intervenciones realizadas
8	Participé y gestioné acercamientos comunitarios e institucionales necesarios para el desarrollo de las acciones de cada proceso.
9	Activé y notifiqué los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de mis intervenciones.
10	Participé en las asistencias técnicas convocadas por la SDS, conforme a las actividades, metas y productos establecidos en los anexos y lineamientos técnicos del convenio
11	Organicé el archivo de la documentación generada, de acuerdo con la normatividad y tabla de retención documental.
12	Realicé todas las demás obligaciones relacionadas con el objeto del contrato, según los requerimientos de la supervisión
13	Ejecuté la caracterización sociodemográfica a completitud, con calidad y veracidad, realizando los tamizajes según los lineamientos establecidos (APGAR, medidas antropométricas, FINDRISC, EPOC,
14	Diligencié diariamente la información de la caracterización en el aplicativo GTAPS, dentro de las primeras 24 horas posteriores a la intervención

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 (2025/10/07) AL (2025/10/31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:		**OPERADOR:**	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	NUEVA EPS		**$ 0**
PENSIÓN:	PROTECCION		**$ 0**
RIESGOS LABORALES:	SURA		**$ 0**
OTRO			**$ -**
TOTAL PAGADO			**$ 0**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**ASTRID MANJARREZ GONZALEZ** **CC No 65800452**
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:	**LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65800452		MANJARREZ GONZALEZ ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 94a 6 40 in t 18 204	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857011437	9492367492	I	2025/10/14	2025/10/16	NEQUI	2	$441,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700			$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**			**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**			**$0**	**$0**
1	CC 65800452	MANJARREZ ASTRID	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,423,500**	**$227,800**			**$1,423,500**	**$178,000**			**$0**	**$0**			**$1,423,500**	**$34,700**			**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65800452		MANJARREZ GONZALEZ ASTRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 94a 6 40 in t 18 204	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4444444	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1857011437	9492367492	I	2025/10/14	2025/10/16	NEQUI	2	$441,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$300	$0	$228,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$300	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$300	$0	$178,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$300	$0	$178,300
TOTAL				1	$440,500	$700	$0	$441,200

2025/10/16 12:44 PM

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9492367492

Tienda
APORTES EN LINEA

Estado de la transacción
Transacción éxitosa

Fecha de la transacción
16 de octubre de 2025 a las 12:36 p. m.

CUS
1857011437

Referencia Nequi
00099

¿Cuánto?
$ 441.200,00

Valor de los impuestos
$ 0,00

Número de referencia 1
191.156.148.204

Número de referencia 2
CC

Número de referencia 3
65800452

Factura de comercio
9492367492

Tu plata salió de:



Disponible

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
PS 4860 2025 CUENTA COBRO MES FEB 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA COBRO MES FEB 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4860 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
2 PS 4860 2025 CRP-12722.pdf	2 PS 4860 2025 CRP-12722.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
3 PS 4860 2025 CRP-13099.pdf	3 PS 4860 2025 CRP-13099.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
4 PS 4860 2025 CRP-21255.pdf	4 PS 4860 2025 CRP-21255.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
5 PS 4860 2025 CRP-22891.pdf	5 PS 4860 2025 CRP-22891.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025-1.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	PS 4860 2025 CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >