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:	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	**CC:**	1054539714
CORREO ELECTRÓNICO:	MOLINAZORAIDA776@GMAIL.COM	**TELÉFONO:**	3042583910
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CR 22 # 76 - 26	**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:	**BANCO AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***49969566***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 7772 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 648.000**
FECHA DE INICIO CONTRATO	20/10/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/10/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/21 AL 2025/10/31		

Zoraida Molina
ZORAIDA MOLINA QUINTANA

C.C : 1054539714
Cel: 3042583910

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				
ZORAIDA MOLINA QUINTANA				
	CON C.C Nº	1.054.539.714		
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 7772 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	20/10/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 1.192.320	**No. HORAS EJECUTADAS**	40	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 1.192.320		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 648.000**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOCE (12) 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 especificas realizadas durante el mes)**
1	REALICE EL DESARROLLO, SEMANAL Y MENSUAL, PROMOVIENDO LA EFICIENCIA EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA, EL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ATENCIÓN Y LA MEJORA CONTINUA EN LOS PROCESOS.
2	REALICE LA PRESENTACIÓN MENSUALMENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS, ASÍ COMO UN INFORME DETALLADO DE LAS ACCIONES EJECUTADAS, RESULTADOS OBTENIDOS Y AVANCES EN LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO
3	GESTIONE LA ENTREGA DE INFORMACIÓN, SOPORTES Y DOCUMENTOS SOLICITADOS SEGÚN LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS VIGENTES.
4	GESTIONE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO DEL CONTRATO ORIENTADAS AL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD.
5	PARTICIPE EN LA APROPIACIÓN TEÓRICA Y TÉCNICA DE LOS LINEAMIENTOS Y ANEXOS DEL CONVENIO, COMPRENDIENDO SU ALCANCE, OBJETIVOS, INDICADORES Y RESPONSABILIDADES, DE ACUERDO CON EL PERFIL
6	GESTIONE LOS AJUSTES APLICANDO EL CONOCIMIENTO DISCIPLINAR Y PROFESIONAL PARA FORTALECER LOS PROCESOS TRANSVERSALES Y GARANTIZAR SU CUMPLIMIENTO.
7	ORGANIZE LA ENTREGAR CON CALIDAD TODOS LOS FORMATOS, DOCUMENTOS, BASES DE DATOS E INFORMES GENERADOS COMO RESULTADO DE LAS INTERVENCIONES,
8	PARTICIPE EN LA GESTION A LOS ACERCAMIENTOS COMUNITARIOS E INSTITUCIONALES REQUERIDOS, FORTALECIENDO LAS RELACIONES INTERSECTORIALES Y EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES ESTABLECIDAS EN CADA PROCESO DEL CONVENIO.
9	PARTICIPE A LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, DE ACUERDO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS Y LAS METAS, ACTIVIDADES Y PRODUCTOS ESTABLECIDOS EN LOS ANEXOS TÉCNICOS DEL CONVENIO.
10	PRESENTE EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y LOS INSUMOS PREPARADOS, ECESARIOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES TERRITORIALES.
11	GESTIONE A LA ACTIVAMENTE EN EL COMITÉ TERRITORIAL, APORTANDO AL ANÁLISIS Y REVISIÓN DE LA INFORMACIÓN GENERADA.
12	GESTIONE A LA ACTIVACION CON OPORTUNIDAD LOS RIESGOS EN SALUD IDENTIFICADOS, A TRAVÉS DEL AGENDAMIENTO, ACTIVACIÓN DE RUTAS O DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE NOTIFICACIÓN.
13	PARTICIPE DE LA CABALMENTE CON TODAS LAS RESPONSABILIDADES Y OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL ANEXO TÉCNICO DEL CONVENIO MÁS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES.
14	PARTICIPE A LA ORGANIZO EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN GENERADA DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD Y TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL
15	GESTIONE A LA CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA A COMPLETITUD, CON CALIDAD Y VERACIDAD REALIZANDO LOS TAMIZAJES CORRESPONDIENTES SEGÚN LINEAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA CARACTERIZACIÓN (APGAR, TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS SEGÚN RESOLUCIÓN 3280-2018, OMS, FINDRISC, CUESTIONARIO DE EPOC Y PLANILLA DE FIRMAS), TENIENDO EN CUENTA QUE TODOS LOS PRODUCTOS SON SUJETOS DE AUDITORÍA.

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 (2025-10-21) 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:	**COMPENSAR**		$ 0
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**		$ 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 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente	
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Zoraida Molina ZORAIDA MOLINA QUINTANA CC: 1054539714
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Sandra Yanneth 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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-14, 11:43:44 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076368369

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823523821

PAGADO 14/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotiz.	Subtipo Cotiz.	ING	RET	RET F	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 Mineducación	Total
CC 1054539714	ZORAIDA MOLINA QUINTANA	59	00																		30	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	(MN-CC) MINGUNA 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	$ 3.100	$ 443.600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Powered by CamScanner

Scotiabank.

COLPATRIA

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no le cobra por esta transaccion
Pago de facturas

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	14/10/2025
Hora	11:21:02
Terminal	348849
Convenio	PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio	0408
Referencia	8823523821
Valor	$443,600
Transaccion	001265630844
Usuario	AYRA ALEJANDRA RINCON GONZALEZ

Linea de atencion
personalizada en Bogotá:
601 3487877 Resto del Pais: 01
8000 960 505
Aqui también puede pagar su tarjeta de
credito y creditos de consumo
del Banco
Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE
COLOMBIA

Powered by CamScanner

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 4692 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA COBRO MES MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DE COBRO MES ABR 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DE COBRO MES MAY 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CRP 27-05-2025.pdf	PS 4692 2025 CRP 27-05-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES JULIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2 PS 4692 2025 CRP-12670.pdf	2 PS 4692 2025 CRP-12670.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	3 PS 4692 2025 CRP-13161.pdf	3 PS 4692 2025 CRP-13161.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	4 PS 4692 2025 CRP-21147.pdf	4 PS 4692 2025 CRP-21147.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	5 PS 4692 2025 CRP-22804.pdf	5 PS 4692 2025 CRP-22804.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025_0001.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES AGOSTO 2025_0001.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPT 2025.pdf	PS 4692 2025 CUENTA DECOBRO MES SEPT 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >