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

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

DIANA ROCIO MALAGON SOLER

CON C.C Nº	53.038.346
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE 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 CONVENIO SED 7827009/2025

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5432 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	13/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	4.465.076		**No. HORAS EJECUTADAS**	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	7.836.664			**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 1.549.108
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (04) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
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 especificas realizadas durante el mes)
1	Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED La Belleza Los Libertadores
2	Actuar como apoyo ante las situaciones criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED
3	Se realiza proyecto pedagogico semana de Estar bien del 21 al 25 de julio
4	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
5	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
6	Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED
7	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de julio
8	Para el mes de junio el cumplimiento es de 70 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
9	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
10	Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED
11	se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda
12	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de julio

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 14/07/2025 al 31/07/2025

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487714816	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	17/07/2025	$ 119.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/07/2025	$ 152.600
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/07/2025	$ 23.400
OTRO	N/A	N/A	$ -
	TOTAL PAGADO		$ 295.300

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	**DIANA ROCIO MALAGON SOLER** **C.C Nº 53.038.346**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS** **COORDINADORA CONVENIO SED** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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: 31/07/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA ROCIO MALAGON SOLER	CC:	53.038.346
CORREO ELECTRÓNICO:	DIANAMALAGON@HOTMAIL.COM	TELÉFONO:	3187521519
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 14M 92 61 SUR	CIUDAD:	BOGOTÀ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

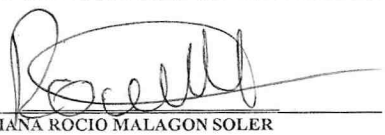
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	0550488436075318

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5432 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 1.549.108
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	14/07/2025 al 31/07/2025		



DIANA ROCIO MALAGON SOLER
53.038.346
3187521519

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 53038346		MALAGON SOLER DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14M # 92 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8137108	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1633772238	9487714816	I	2025/07/10	2025/07/17	BANCO DAVIVIENDA	7	$295,300

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)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$0	$0
1	CC 53038346	MALAGON DIANA	25-14	20	$949,000	$151,900	EPS008	20	$949,000	$118,700		0	$0	$0	14-11	20	$949,000	$23,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$949,000	$151,900			$949,000	$118,700			$0	$0			$949,000	$23,200		$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 53038346		MALAGON SOLER DIANA ROCIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14M # 92 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8137108	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1633772238	9487714816	I	2025/07/10	2025/07/17	BANCO DAVIVIENDA	7	$295,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,900	$700	$0	$152,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$151,900	$700	$0	$152,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,700	$600	$0	$119,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$118,700	$600	$0	$119,300
TOTAL				1	$293,800	$1,500	$0	$295,300