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 ANA MILENA SANCHEZ MEDINA				
		CON C.C Nº	1.110.451.959	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PSICOLOGO CLINICO 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 MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4736 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 10.455.984	No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30.430.584	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 5.648.068	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y CATORCE (14) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 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	OBSERVACION 1: VALORACION INDEXACION $ 288180
2	OBSERVACION 1: VALOR DE LOS HONORARIOS $ 5,280,444
3	PRESTAR SUS 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 REALIZANDO 64 VISITAS DE LA LOCALIDADES DE LA SUBRED CENTRO ORIENTE
4	SE REALIZO REGISTRO A LOS SEGUMIENTOS EN EL EPLICATIVO EN LINEA DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO PLANILLA DE FAMILAS CON PLAN CUIDADO FAMILAR
5	REALIZAR CANALIZACIÓN SEGUN LAS NECESIDADES REQUERIDAS, ENVIARLAS PARA TRAMITE RESPECTIVO
6	REALIZAR ORIENTACIÓN EN SALUD MENTAL FRENTE AL MANEJO DE DUELO
7	REALIZAR REPORTE SI SE EVIDENCIA NECESIDAD EN CASOS DE SIVIM Y SISVECOS
8	DILIGENCIAR LA INFORMACION DE LA ATENCION EN LOS APLICATIVOS DINAMICA Y GTAPS DE LA SDS DIARIAMENTE A COMPLETITUD, CON VERACIDAD Y CALIDAD DEL DATO DENTRO DE LAS PRIMERAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN, SE DEBE EVIDENCIAR REGISTRO DE, TAMIZAJES EN HISTORIA CLÍNICA Y
9	ASISTENCIA A REUNION MENSUAL CONVOCADA POR LIDERES OPERATIVOS
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	9487445029	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	NUEVA EPS	13/06/2025	$ 269.200
PENSIÓN:	PORVENIR	13/06/2025	$ 344.600
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/06/2025	$ 52.500
OTROS			
	TOTAL PAGADO		$ 666.300

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	ANA SANCHEZ M **ANA MILENA SANCHEZ MEDINA** **CC No 1.110.451.859**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ VALBUENA** **SUPERVISOR ADTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **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: 30/06/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MILENA SANCHEZ MEDINA	**CC:**	1,110,451,859
CORREO ELECTRÓNICO:	anamilenasanchezmedina@gmail.com	**TELÉFONO:**	3205763517
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 95A 136 42	**CIUDAD:**	IBAGUE

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:	**AV VILLAS**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**080810240**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 4736 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 5.648.068**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

Ana Sanchez M.

ANA MILENA SANCHEZ MEDINA
C.C 1.110.451.859
Cel: 3205763517

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205763517	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1550692613	9487445029	I	2025/06/16	2025/06/13	BANCO AV VILLAS	0	$666,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,153,149	$344,600			$2,153,149	$269,200			$0	$0			$2,153,149		$52,500		$0	$0		$666,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$2,153,149	$344,600			$2,153,149	$269,200			$0	$0			$2,153,149		$52,500		$0	$0		$666,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$2,153,149	$344,600			$2,153,149	$269,200			$0	$0			$2,153,149		$52,500		$0	$0		$666,300
1	CC	1110451859	SANCHEZ ANA										X								230301	30	$2,153,149	$344,600	EPS037	30	$2,153,149	$269,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,153,149	2.436%	$52,500	0	$0	$0	No	$666,300
Total			**Afiliados(1)**																				$2,153,149	$344,600			$2,153,149	$269,200			$0	$0			$2,153,149		$52,500		$0	$0		$666,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110451859		SANCHEZ MEDINA ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 126 48 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3205763517	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	1550692613	9487445029	I	2025/06/16	2025/06/13	BANCO AV VILLAS	0	$666,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$344,600	$0	$0	$344,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$344,600	$0	$0	$344,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,500	$0	$0	$52,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$52,500	$0	$0	$52,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$269,200	$0	$0	$269,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$269,200	$0	$0	$269,200
TOTAL				1	$666,300	$0	$0	$666,300

CLARO Vo LTE 8:41 ص 4G 70 %

AV Villas

Tu pago en APORTES EN LINEA - Pago de la Planilla de aportes con clave: 9487445029 fue aprobado

Pedido o Factura No. 9487445029



No. de autorización

52522898

Valor	$666.300
Desde	Ahorros No. **** 0240
Hacia	Aportes En Linea - Pago De La Planilla De Aportes Con Clave: 9487445029 - Pedido o Factura No. 9487445029
Fecha	13/06/2025 Hora: 08:40 am

Descargar comprobante