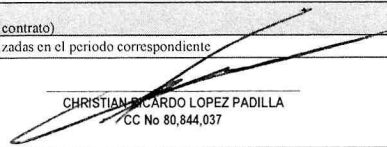
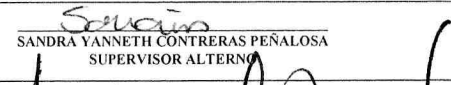

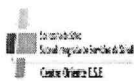
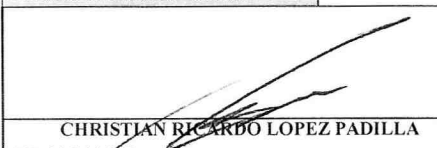
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>CHRISTIAN RICARDO LOPEZ PADILLA</b>						
			CON C.C N°	80.844.037		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO APOYO ADMINISTRATIVO 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 4351 2025		FECHA INICIO CONTRATO	25/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.967.524		No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.349.766			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.758.516	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	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 GRADO00 05					
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)						
ITEM						
1	OBSERVACION VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2,758,516 AGOSTO 2025					
2	MONITOREAR EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO ASEGURANDO IDONEIDAD, CALIDAD Y EFICIENCIA DEL SERVICIO					
3	TRAMITAR Y VALIDAR SOLICITUDES DE AJUSTES EN EL CONTRATO PARA SU CORRECTA EJECUCION.					
4	CONSOLIDAR Y GESTIONAR LAS NECESIDADES DE VEHICULOS PARA EL CONVENIO					
5	INSPECCIONAR Y VERIFICAR EL ESTADO Y OPERATIVIDAD DEL PARQUE AUTOMOTOR.					
6	ASIGNAR Y COORDINAR LAS RUTAS Y RECORRIDOS DE LOS VEHICULOS.					
7	REALIZAR REPORTE SOBRE EL USO DE LOS VEHICULOS Y LOS RECURSOS ASIGNADOS.					
8	CONTROLAR QUE EL CONTRATISTA CUMPLA CON LOS PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL ANTES DE CADA PAGO CONTRACTUAL.					
9	SUPERVISAR QUE LOS VEHICULOS PROGRAMADOS ESTEN OPERATIVOS Y CUMPLAN LOS RECORRIDOS ESTABLECIDOS.					
10	EVALUAR REPORTE DE OPERACION DEL PARQUE AUTOMOTOR Y VALIDAR LOS SOPORTES DE PAGO					
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>						
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>						
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICQ"</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/08/2025) AL (31/08/2025)						
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
No. DE PLANILLA:	88512605		OPERADOR:	MI PLANILLA		
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO			
SALUD:	COMPENSAR	21/08/2025	\$ 178.000			
PENSIÓN:	PORVENIR	21/08/2025	\$ 227.800			
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	21/08/2025	\$ 34.700			
OTRO	MORA	21/08/2025	\$ 2.600			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 443.100</b>			
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>						
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 40% 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, art, pensión, 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.						
<b>VI. ANEXOS</b> (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			 CHRISTIAN RICARDO LOPEZ PADILLA CC No 80,844,037			
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:	CHRISTIAN RICARDO LOPEZ PADILLA			CC:	80.844.037
CORREO ELECTRÓNICO:	inter.c@hotmail.com			TELÉFONO:	3143692552
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12 D 28 B 38 SUR			CIUDAD:	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>					
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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	24095051956
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4351 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	<b>\$ 2.758.516</b>		
FECHA DE INICIO CONTRATO	25/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025				
					
CHRISTIAN RICARDO LOPEZ PADILLA					
CC: 80.844.037					
TEL: 3143692552					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80844037	CHRISTIAN RICARDO LOPEZ PADILLA		Av 30 2-41	2375075	inter.c@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	21/08/2025	88512605	\$443.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	9	1.100	0	179.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	9	1.300	0	229.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	9	200	34.900			347	34.900	1

TOTALES CAJAS										
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	179.100
Pensión	1	227.800	229.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>443.100</b>





Christian Lopez <crbsubredco@gmail.com>

---

## Pago exitoso

---

NEQUI <somos@nequi.com.co>  
To: crbsubredco@gmail.com

Thu, Aug 21, 2025 at 12:26 PM



### ¡Pago exitoso!

Hiciste un pago en COMPENSAR-OI por \$443.100,00  
Fecha: El 21 de agosto de 2025  
Hora: 12:26 PM

Puedes ingresar a tu app Nequi en la opción de Movimientos y revisar el detalle de este pago.

Si no fuiste tú, fue un error o tienes dudas, escríbenos al chat de nuestra página web: [www.nequi.com.co](http://www.nequi.com.co) en el botón de "Ayuda" o llama a la línea de atención: (+57) 300 600 0100

---

¿Ya nos sigues en redes? ¡Siempre tenemos cosas nuevas!



**Nequi**

