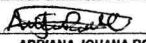
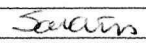
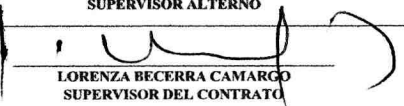
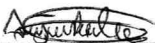
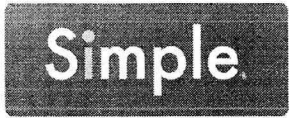


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO			
CON C.C. N°		1.012.402.081	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 4737 2025	FECHA INICIO CONTRATO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.346.466	No. HORAS EJECUTADAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.048.080	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES 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 2 , VALOR DE ADICIONALES DE JULIO \$ 662,592 PESOS		
2	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A SAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
4	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES DE PROYECTANDO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR		
5	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES DURANTE EL MES		
6	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
7	SE REALIZA LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS		
8	SE VERIFICAN PLANOS Y SE REALIZAN AJUSTES SEGÚN LO EVIDENCIADO		
9	SE REALIZA LLAMADAS EN TIEMPO REAL PAGA ASIGNACIÓN DE CITAS		
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/07/2025) AL (31/07/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1073378922	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SALUD TOTAL	10/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/07/2025	\$ 34.700
OTRO	TOTAL PAGADO	\$ 440.500	
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación 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 fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO CC No 1012402081	
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:	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO			CC:	1012402081
CORREO ELECTRÓNICO:	adrianakey15@gmail.com			TELÉFONO:	3209414550
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 43 23 50			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 CAJA SOCIAL		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 24087904282
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4737 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 662.592		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025 ✓				
<div> ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO C.C 1012402081 Cel: 3209414550</div>					



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-11, 06:35:37 A. M. Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1073378922

Periodo Cotización: junio de 2025 Periodo Servicio: junio de 2025 Referencia pago: 8822807358

PAGADA 10/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO		
Documento	CC1012402081	Dirección	CL 43 23 49 SUR SOACHA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7166898
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	REP	TDE	TAE	TGP	TAP	VGP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	IBS EPS	IBS AFP	IBS ARP	IBS CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pension	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC-1012402081	ADRIANA JOHANA RODRIGUEZ CLAVIJO	59	0																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$1.423.500	\$227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$1.423.500	\$178.000	2.436	\$1.423.500	\$34.700	(NIN-CC) NINGUNA 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	\$0	\$440.500



Pago de servicios electrónicos



Resultado de la transacción

Transacción exitosa.



Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA

10 julio 2025 4:10 pm

DIRECCIÓN IP: 191.156.180.151

NÚMERO DE TRANSACCIÓN

APII5191325547179931

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN

993179RA

NOMBRE DEL COMERCIO	SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S
NIT DEL COMERCIO	9000973339
CÓDIGO DEL SERVICIO	881624
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	\$440.500,00
VALOR DEL IMPUESTO	\$0,00
REFERENCIA DE PAGO	175218170686986
FECHA DE LA SOLICITUD	10 julio 2025
REFERENCIA 1	02
REFERENCIA 2	900097333
REFERENCIA 3	6311
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1619036147
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	5
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago PSE. Ref 8822807358-202506-771396. idTrans 771396
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *****4282