| | | |
|---|---|---|
| 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<br>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN<br>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<br>FECHA: 2025-06-09 |

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

**SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **CON C.C Nº** | 1.016.082.675 | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 4779 2025** | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 10/02/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **$ 4.920.528** | **No. HORAS EJECUTADAS** | 52 | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | **$ 18.956.860** | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | **$ 717.808** |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | 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 GRADO0 05 | | | |

| **ITEM** | **II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO**<br>**(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)** |
|---|---|
| 1 | OBSERVACION: HORAS ADICIONALES JULIO 2025 |
| 2 | SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACION Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 0 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL |
| 3 | SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR |
| 4 | SE LLENAN PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN EL TERRITORIO 096 DE LA LOCALIDAD SANTA FE |
| 5 | SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO |
| 6 | SE REALIZA LECTURA DE GUIA OPERATIVA DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LIDER DE EQUIPO |
| 7 | SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LINEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES |
| 8 | SE LE INFORMA A LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE LAS VISITAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR Y SE CONTACTAN LOS LIDERES PARA ACCESO A PUNTOS QUE REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO |
| 9 | SE REALIZAN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUE DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA |

**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 ( 01/07/2025) AL (31/07/2025)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. DE PLANILLA:** | 9488571963 | **OPERADOR:** | APORTES EN LINEA |

| **CONCEPTO DEL PAGO** | **ENTIDAD** | **FECHA DE PAGO** | **VALOR PAGADO** |
|---|---|---|---|
| **SALUD:** | **SALUD TOTAL** | 9/07/2025 | **$ 178.000** |
| **PENSIÓN:** | **PROTECCION** | 9/07/2025 | **$ 227.800** |
| **RIESGOS LABORALES:** | **SURA** | 9/07/2025 | **$ 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 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** | SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA<br>CC No 1,016,082,675 |
| **FIRMA DE QUIEN VALIDA** | **SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA**<br>**SUPERVISOR ALTERNO** |
| **FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:** | **LORENZA BECERRA CAMARGO**<br>**SUPERVISOR DEL CONTRATO** |

| DATOS DEL CONTRATISTA | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA | **CC:** | 1,016,082,675 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | mallerlygonzalezpineda@gmail.com | **TELÉFONO:** | 3219998619 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | KR 119 A 17 F 57 | **CIUDAD:** | BOGOTÁ |

| **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 DAVIVIENDA** | **TIPO DE CUENTA:** | ***AHORROS*** | **N° CUENTA:** | ***4800420954*** |

| DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | |
|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | **PS 4779 2025** | **VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO** | **$ 717.808** |
| **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 | | |

Cmlby GON ZA LEZ

**SINDI MALLERLY GONZALEZ PINEDA**
**C.C 1,016,082,675**
**Cel: 3219998619**

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 1016082675 | | GONZALEZ PINEDA SINDI MALLERLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 123 No. 148-70 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | 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 | 1616042385 | 9488571963 | I | 2025/07/16 | 2025/07/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $440,500 |

**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)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1016082675 | GONZALEZ SINDI | 230201 | 30 | $1,423,500 | $227,800 | EPS002 | 30 | $1,423,500 | $178,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,423,500 | $34,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,423,500 | $227,800 | | | $1,423,500 | $178,000 | | | $0 | $0 | | | $1,423,500 | $34,700 | | $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 1016082675 | | GONZALEZ PINEDA SINDI MALLERLY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 123 No. 14B-70 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

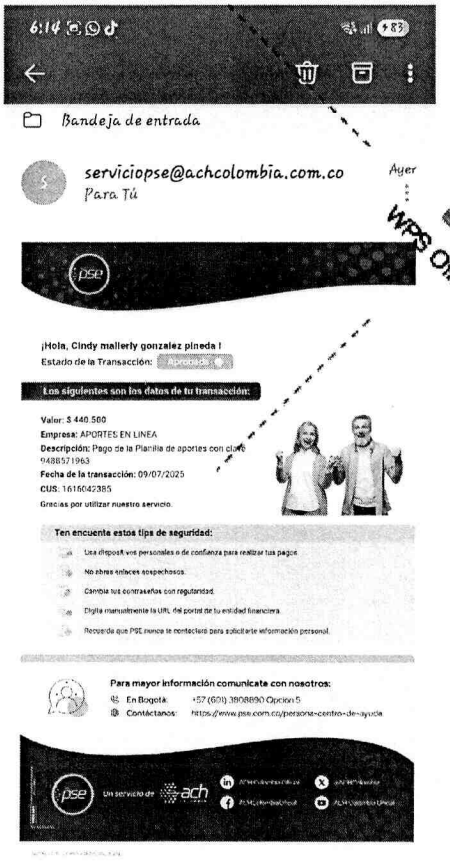
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-06 | 2025-06 | 1616042385 | 9488571963 | I | 2025/07/16 | 2025/07/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $440,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $227,800 | $0 | $0 | $227,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,700 | $0 | $0 | $34,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $178,000 | $0 | $0 | $178,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $440,500 | $0 | $0 | $440,500 |



2025/07/09 02:24 PM


6:14
Bandeja de entrada
serviciopse@achcolombia.com.co
Para Tú
Ayer
WPS Office
pse
¡Hola, Cindy mallerly gonzalez pineda !
Estado de la Transacción:
Aprobada
Los siguientes son los datos de tu transacción:
Valor: $ 440.500
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave 9488571963
Fecha de la transacción: 09/07/2025
CUS: 1616042385
Gracias por utilizar nuestro servicio.
Ten encuenta estos tips de seguridad:
Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
No abras enlaces sospechosos.
Cambia tus contraseñas con regularidad.
Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.
Para mayor información comunícate con nosotros:
En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda
pse
Un servicio de
ach
Responder