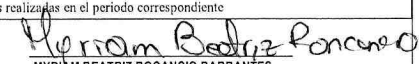
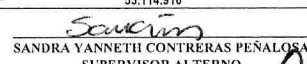
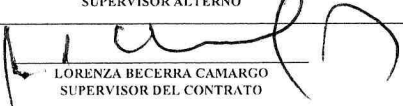
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES					
CON C.C.N°			53.114.910		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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 4791 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.748		No. HORAS EJECUTADAS	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 17.428.071		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.520.910	
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 GRAD00 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	APOYO A GESTION DE CONTRATACION, CONTACTAR, REALIZAR SEGUIMIENTO DE CARPETAS PARA CONTRATACION				
2	REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA DE ACUERDO A SOLICITUD DE LIDERES ADMINISTRATIVOS				
3	SEGUIMIENTO DE HOJAS DE VIDA PARA EL NUEVO TALENTO HUMANO				
4	REVISIÓN DE CARPETAS PARA ENVIAR A CONTRATACIÓN				
5	ALISTAR INSUMOS PARA PROFESIONALES				
6	REALIZAR CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO A TALENTO HUMANO NUEVO PARA CONTRATACIÓN				
7	ALISTAR EQUIPOS Y DE MÁS PARA LAS JORNADAS				
8	IMPRIMIR PAPELERIA Y FORMATOS				
9	ENVIAR EQUIPOS PARA REVISIÓN CON LOS BIOMEDICOS				
10	RADICACIÓN DE DOCUMENTOS SDC				
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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9489146054		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	COMPENSAR	13/08/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	13/08/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/08/2025	\$ 34.700		
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	13/08/2025	\$	31.100	
TOTAL PAGADO			\$ 471.600		
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, 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.					
VI. ANEXOS					
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES CC N° 53.114.910		
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PENALOSA 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:	MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES	CC:	53114910
CORREO ELECTRÓNICO:	bettytons22@gmail.co	TELÉFONO:	3006184576
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 A 77 A 51 IN 17 AP 401	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
		Nº CUENTA:	550488420673334
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4791 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.520.910
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		
 MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES C.C 53114910 Cel: 3006184576			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53114910		RONCANCIO BARRANTES MYRIAM BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 6a 87 A -41 TORRE 17 APT0401	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4077011	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1698388560	9489146054	I	2025/08/05	2025/08/13	BANCO DAVIVIENDA	8	\$471,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$1,000	\$0	\$179,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$1,000	\$0	\$179,000
TOTAL				1	\$469,000	\$2,600	\$0	\$471,600

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1698388560

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9489146054

Fecha

13/08/2025

Número de aprobación

00388560

Dirección IP

190.66.24.18

Valor transacción

\$ 471.600,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

190.66.24.18

Referencia 2

CC

Referencia 3

53114910

