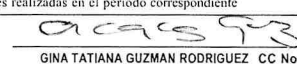
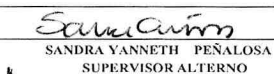
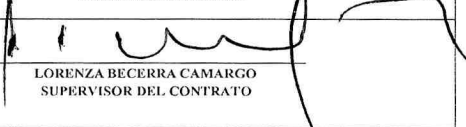
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA- APOYO - FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y					
GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ					
		CON C.C.Nº		1.031.133.403	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5216 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				7/04/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 246.026		No. HORAS EJECUTADAS	
				44	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 12.477.816		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
				607.376	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS		CUATRO (4) MESES Y VEINTICUATRO (24) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 069 GRADO 05			
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	COBRO DE 44 HORAS ADICIONALES CORRESPONDIENTES AL MES DE JULIO POR UN VALOR DE \$ 607.376				
2	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LOS BARRIO SEGÚN CRONOGRAMA				
3	SE REALIZA CARACTERIZAZCIÓN DE RUTEÓ EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
4	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE				
5	REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA				
6	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR				
7	ASISTENCIA A PREAUDITORIA				
8	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA QUE HIA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.					
ITE M	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:	9488687383		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	FAMISANAR	10/07/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLFONDOS	10/07/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	10/07/2025	\$ 34.700		
OTROS	CCF COMPENSAR + MORA	10/07/2025	\$ 11.000		
TOTAL PAGADO			\$ 451.500		
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 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ CC No 1031133403			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH 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:	GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ	CC:	1031133403
CORREO ELECTRÓNICO:	GTATISGR@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3015849278
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 43 A SUR ·26 51	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
N° CUENTA:	488411884825		
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5216 2025 ✓	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 607.376 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/04/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025 ✓		
			
GINA TATIANA GUZMAN RODRIGUEZ C.C 1031133403 Cel: 3015849278			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																														
Identificación	dv	Razon Social				Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF															
CC 1031133403		GUZMAN RODRIGUEZ GINA TATIANA				INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		dg 43a sur 26 51		BOGOTA-BOGOTA D.E.		3015849278	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																														
Periodo		Clave				Tipo	Fecha				Pago																			
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla	Límite	Pago		Banco			Dias Mora		Valor															
2025-06	2025-06	1616926408		9488687383		I	2025/07/02	2025/07/10		BANCO DAVIVIENDA			8		\$451,500															
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																														
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION	SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES										
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	td	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	1031133403	GUZMAN GINA																	231001	30	EPS017	30	CCF24	30	14-23	30	2.436%	30	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE													
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1031133403		GUZMAN RODRIGUEZ GINA TATIANA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		dg 43a sur 26 51		BOGOTA-BOGOTA D.E.	3015849278	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	1616926408		9488687383		I	2025/07/02	2025/07/10		BANCO DAVIVIENDA		8	\$451,500
RESUMEN DE PAGO													
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR			
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$227,800	\$1,200	\$0		\$229,000			
COLFONDOS					231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$1,200	\$0		\$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$34,700	\$200	\$0		\$34,900			
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS					14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$200	\$0		\$34,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$8,600	\$100	\$0		\$8,700			
COMPENSAR					CCF24	860,066,942	7	1	\$8,600	\$100	\$0		\$8,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$178,000	\$900	\$0		\$178,900			
FAMISANAR					EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$900	\$0		\$178,900
TOTAL					1	\$449,100	\$2,400	\$0		\$451,500			

¡Hola, tatiana guzman rodriguez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 451.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9488687383

Fecha de la transacción: 09/07/2025

CUS: 1616926408

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:



Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.