

		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	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
SANDRA MILENA JOYA PINILLA					
CON C.C N°			1.000.587.517		
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, EL CONVENIO MAS BIENESTAR.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5510 2025		FECHA INICIO CONTRATO	27/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.412.581		No. HORAS EJECUTADAS	32	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 8.541.395			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 441.728
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (2) MESES Y QUINCE (15) 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)				
2	OBSERVACION 1. VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2539936				
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 0 DE LA LOCALIDAD				
4	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR				
5	SE LLENAN PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES				
6	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO				
7	SE REALIZA LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER				
8	SE INGRESAN TODOS LO DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA				
9	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				
10	SE REALIZAN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUE DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<i>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>					
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:	9488610875		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	NUEVA EPS	9/07/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PORVENIR	9/07/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	9/07/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	9/07/2025	\$ 1.600		
TOTAL PAGADO			\$ 442.100		
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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 SANDRA MILENA JOYA PINILLA CC No 1000587517		
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:	SANDRA MILEN JOYA PINILLA	CC:	1000587517
CORREO ELECTRÓNICO:	marlenp778@gmail.com	TELEFONO:	3219251429
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 2 92B 86 SUR	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 par

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	Nº CUENTA	550488415715348,00
---------------------------------	------------	------------------------	---------	------------------	--------------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5510 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 441.728
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

Sandra Joya

SANDRA MILENA JOYA PINILLA

C.C 1000587517
 Cel: 3219251429

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000587517		JOYA PINILLA SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cf 2 n92b-86 sur	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Banco	Pago	Valor
Penión Salud 2025-06	25142224	9488610875	2025/07/04	2025/07/09	BANCO DE OCCIDENTE	\$442,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	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			
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			
Ciudad BOGOTÁ Depto. BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			
1	CC 1000587517	JOYA SANDRA	320301	30	\$1,423,500	\$227,800	EP0307	30	\$1,423,500	\$178,000	0	14+11	30	\$0	0	\$0	\$0				
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000587517		JOYA PINILLA SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 2 n92b-86 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	25142224	9488610875	I	2025/07/04	2025/07/09	BANCO DE OCCIDENTE	5	\$442,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$800	\$0	\$228,600
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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$600	\$0	\$178,600
TOTAL				1	\$440,500	\$1,600	\$0	\$442,100