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 APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN 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 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ				
	CON C.C Nº	1.024.533.954		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5673 2025		**FECHA INICIO CONTRATO**	6/06/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 4.741.214**	**No. HORAS EJECUTADAS**	40	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 7.971.350**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	552.160
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCUENTA Y UN 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	ASISTENCIA A FORTALECIMIENTO TECNICO EQUIPO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SECRETARIA DE SALUD
2	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
4	DILIGENCIAR DIARIAMENTE APLICATIVO EN LINEA CORRESPONDIENTE A PROGRAMA MAS BIENESTAR
5	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.
6	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE, VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE
8	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

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:	9488758750	**OPERADOR:**	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	**SURA**	10/07/2025	**$ 148.300**
PENSIÓN:	**PROTECCION**	10/07/2025	**$ 189.800**
RIESGOS LABORALES:	**SURA**	10/07/2025	**$ 28.900**
OTRO			
	TOTAL PAGADO		**$ 367.000**

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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	ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ CC No 1.024.533.954
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:	ROSA ALICIA JIMENEZ RODRIGUEZ	**CC:**	1024533954
CORREO ELECTRÓNICO:	jimenezrodriguezrosa23@gmail.com	**TELÉFONO:**	3222235137
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 54 A S 71 D 03	**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:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***229-000043-16***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5673 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 552.160**
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/06/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

Alicia Jimenez Rodriguez

ROSA ALCIA JIMENEZ RODRIGUEZ
C.C 1024533954
Cel: 3219297268

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 1024533954		JIMENEZ RODRIGUEZ ROSA ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 54 A SUR 71 D 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219297268	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	39946571	9488758750	I	2025/07/11	2025/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,000

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)					$1,186,250	$189,800			$1,186,250	$148,300			$0	$0			$1,186,250	$28,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,186,250	$189,800			$1,186,250	$148,300			$0	$0			$1,186,250	$28,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,186,250	$189,800			$1,186,250	$148,300			$0	$0			$1,186,250	$28,900		$0	$0
1	CC 1024533954	JIMENEZ ROSA	230201	25	$1,186,250	$189,800	EPS010	25	$1,186,250	$148,300		0	$0	$0	14-11	25	$1,186,250	$28,900	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,186,250	$189,800			$1,186,250	$148,300			$0	$0			$1,186,250	$28,900		$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 1024533954		JIMENEZ RODRIGUEZ ROSA ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 54 A SUR 71 D 03	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3219297268	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	39946571	9488758750	I	2025/07/11	2025/07/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$367,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,800	$0	$0	$189,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$189,800	$0	$0	$189,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,900	$0	$0	$28,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,900	$0	$0	$28,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$148,300	$0	$0	$148,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$148,300	$0	$0	$148,300
TOTAL				**1**	**$367,000**	**$0**	**$0**	**$367,000**