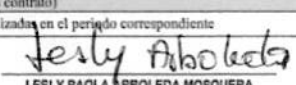
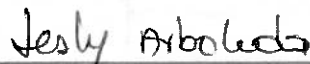


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-16-PT-077 VERSIÓN: 3 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LESLEY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA			
CON C.C.N°		1.077.445.836	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 OBJETO DEL CONTRATO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4471 2025	FECHA INICIO CONTRATO	30/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 9.461.820	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 33.211.189	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	4.127.120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	OCHO (8) MESES DOS (2) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERÍODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)			
1	REALIZAR CARACTERIZACIÓN EN LA LOCALIDAD DE CANDELARIA		
2	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE CANDELARIA.		
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERÍODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES JUNIO DE 2025		
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOBO CHANGO		
5	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE		
6	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DENLOS EQUIPOS ÉTNICOS, PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO		
7	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO		
8	ASISTIR A REUNIONES CITADAS POR LA AUTORIDAD ÉTNICA (CONSULTIVAS)		
9	APOYAR A LOS PERFILES ANCESTRALES EN EL PROCESO DE COMPRA DE LOS PRODUCTOS ANCESTRALES.		
10	REALIZAR ACTIVACIÓN DE RUTAS PERTINENTEMENTE EN LAS FAMILIAS QUE LO REQUIERAN, DURANTE ESTE PERÍODO		
III. VERIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERÍODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO			
III. 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 cláusula "Forma de Pago", CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/09/2025) AL (30/09/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. de PLANILLA:	7987149064-7987654850	OPERADOR:	SOJ
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	17/09/2025	\$ 206.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/09/2025	\$ 264.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/09/2025	\$ 40.200
OTRO	MORA	17/09/2025	\$ 2.800
TOTAL PAGADO			\$ 513.400
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 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 y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 LESLEY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA CC No1077445836		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PERALOSA SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO		

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA	CC:	1077445836
CORREO ELECTRÓNICO:	LEPA239018@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3217946668
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR7C 2 77 SUR	CIUDAD:	BOGOTA D.C
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 BBVA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS N° CUENTA: 175010122
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4471 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120
FECHA DE INICIO CONTRATO	30/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
 LESLY PAOLA ARBOLEDA MOSQUERA C.C 1077445836 Cel: 3217946668			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 456.800
----------------------	-------------------

Comprobante en línea
Pago PSE

17 Sep 2025 07:06:04

Pago exitoso
CUS 1783125596



Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
17 Sep 2025 07:06:04

Referencia 2
CC

Número de factura
7987149064

Referencia 3
1077445836

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafiscales

Valor del Pago
\$456.800

Número de comprobante
TR0704535596

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 0685

[illegible]

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTEES A SALUD												
CÓDIGO	NOMBRE	NIL	RECAUDACIÓN POR ENTRENAMIENTO		LICENCIA MANTENIMIENTO		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
		COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLAZA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA
14-20	14-20 POSITIVE COMPANY S.A.	1	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	\$ 13,200	\$ 13,200
SUBTOTAL:													\$ 13,200	\$ 13,200

ADMINISTRADORA		TOTAL APORTEES A RECURSOS PROFESIONALES										
CÓDIGO	NOMBRE	NIL	RECAUDACIÓN R.P.		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES	
		COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLAZA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR	APORTES	MORA
14-20	14-20 POSITIVE COMPANY (S) SEGUROS S.A.	1	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	1	\$ 0	\$ 32,000	\$ 32,000
SUBTOTAL:											\$ 32,000	\$ 32,000

[illegible]

TOTAL PAGADO:	\$ 56.600
----------------------	------------------



Comprobante en línea

17 Sep 2025 07:20:22

Pago PSE



Pago exitoso

CUS 1783144033

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
17 Sep 2025 07:20:22

Referencia 2
CC

Número de factura
7987654850

Referencia 3
1077445836

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de
Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
\$56.600

Número de comprobante
TR0719034033

Costo de la transacción
\$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
**** 0685