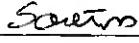
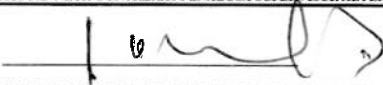
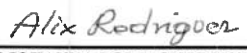


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E CÓDIGO: AP-IA- APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FT-077 VERSIÓN: FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN				
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON				
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4645 2025		FECHA INICIO
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 4.920.528		No. HORAS EJECUTADAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.509.983		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		SIETE(7) MESES Y VEINTE (20) 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	ALISTAMIENTO Y DEFINICIÓN DE DE TERRITORIOS PARA AVANZADA,ACTAS Y ENTREGABLES DE TRABAJO REALIZADAS CON EL GEOGRAFO DE LOS EBEH Y PLAN DE ACCIONES DE ACERCAMIENTO A LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS			
2	ACTUALIZAR DIARIAMENTE CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES CON SUS RESPECTIVAS DIRECCIONES Y COMPLEMENTOS ADICIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL MISMO			
3	PRESENTAR SOPORTES COMO ACTAS DE ACERCAMIENTO A TERRITORIOS PRIORIZADOS,DIRECTORIOS DE ACTORES SECTORIALES E INTERSECTORIALES IDENTIFICADOS EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS POR LA AVANZADA Y MATRIZ DE GESTION DE LA AVANZADA PARA EL ABORDAJE TERRITORIAL ,EN LAS DIFERENTES LOCALIDADES COMO:SAN CRISTOBAL,RAFAEL URIBE URIBE,ANTONIO NARIÑO, MARTIRES Y CANDELARIA			
4	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO			
5	ASISTIR A LOS ENCUENTROS PROGRAMADOS DE CAPACITACION Y APROPIACION DE ALGUNOS CONCEPTOS EN FALENCIA COMO APOORTE PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ACTIVIDAD			
6	ASISTIR A REUNION DE EQUIPO MENSUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO ,ARTICULACION CON OTROS ESPACIOS Y ENTORNOS			
7	ASISTIR A LOS ESPACIOS PROGRAMADOS COMO REQUERIMIENTO DE LA SDS Y LA SUBRED PARA LA ACTUALIZACION EN NUEVOS CONOCIMIENTOS Y APROPIACION DE CONCEPTOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS MISMOS EN EL EJERCICIO			
8	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS			
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	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:		1074986571		OPERADOR:
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO
SALUD:		SURA		11/09/2025
PENSIÓN:		PORVENIR		11/09/2025
RIESGOS LABORALES:		SURA		11/09/2025
OTRO				
TOTAL PAGADO				\$ 440.500
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 afiliación 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				
FIRMA DE QUIEN VALIDA		ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON CC 52.372.467		
				
		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		

 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 CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA- VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON			CC:	52,372,467
CORREO ELECTRÓNICO:	alixtecnico1@gmail.com			TELÉFONO:	3224532749
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 23 46A 15 SUR MUL. ANTIOQUIA TR 29 APTO 158			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					
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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24093270085
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 4645 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	S 2.539.887		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">  ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON C.C 52,372,467 Cel: 3224532749 </div>					

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 02:34:26 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074986571

Periodo Cotización: septiembre de 2025

Periodo Servicio: septiembre de 2025

Referencia pago (PIN): 8823370245

PAGADO 11/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON	Dirección	CR 23 #46 A - 15 SUR
Documento	CC52372467	Teléfono	3224532749
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Identificación	ARL SURA
Representante Legal			
Total Afiliados	1		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total		
Identificación	Aportes y Honorarios	Saldo Cotizado	Tipo Cotizado	Ret P	TBE	TAE	TAP	VAR	COR	VAL	VST	VAL	VST	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL	VAL
CC 52372467	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON	98	00																								

III. TOTALES

IBCF Pensión	\$ 1,423,500	IBCF Salud	\$ 1,423,500	IBCF Riesgo	\$ 1,423,500	IBCF Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 227,800	Aportes Salud	\$ 178,000	Aportes Riesgo	\$ 34,700	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Serie	\$ 0	Aportes ICSF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Saldo a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 440,500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 440,500
--------------	--------------	------------	--------------	-------------	--------------	------------	------	-----------------	------------	---------------	------------	----------------	-----------	---------------	------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------

PSE - Transacción Aprobada

CUS 1769777291 Recibidos



serviciopse@a... Hace 5 días
para mí ▾



¡Hola, ALIX RODRIGUEZ!

Estado de la Transacción: Aprobada 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 440.500

Empresa: SISTEMA INTEGRADO
MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823370245-
202509-958490. idTrans:958490

Fecha de la transacción: 11/09/2025

CUS: 1769777291

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

-  Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
-  No abras enlaces sospechosos.
-  Cambia tus contraseñas con regularidad.
-  Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
-  Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

 En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>