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				
	CON C.C N°	52,372,467		
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 PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4645 2025		FECHA INICIO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 20.509.983		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.539.887
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 especificas realizadas durante el mes)
1	ALISTAMIENTO Y DEFINICION 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,DIRECYTORIOS 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 APORTE PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ACTIVIDAD
6	ASISTIR A REUNION DE EQUIPO MENSUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO ,ARTICULACIO 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 **clausula "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:	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SURA	11/09/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	$ 34.700
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 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	Alix Rodriguez ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON CC 52,372,467
FIRMA DE QUIEN VALIDA	Sandra 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**	**$ 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		

Alix Rodriguez

ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON
C.C 52,372,467
Cel: 3224532749

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 02:34:26 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro 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		
Documento	CC52372467	**Dirección**	CR 23 #46 A - 15 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3224532749
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET IP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52372467	ALIX JOHANNA RODRIGUEZ PINZON	59	00																	0	30	30	30	0	(230301)-PORVENIR	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS010) EPS SURA	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 0	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 0	$ 440.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

PSE - Transacción Aprobada ✅

CUS 1769777291 Recibidos

S **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 encuenta 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