

		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 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y DIANA DEL CARMEN AYALA CAÑOLA					
		CON C.C.N°		51.626.921	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AMBIENTAL, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 4969 2025		FECHA INICIO CONTRATO	27/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.526.378		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.670.489			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	SIETE (7) MESES Y CUATRO (4) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 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	REALIZAR IMPLEMENTACIONES AL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MARTIRES Y SANTA FE, SEGÚN PLAN DE ACCION				
2	DILIGENCIAR LOS LINK PARA SOLICITUD DE INFORMACION DISPUESTOS POR LOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION PARA DAR RESPUESTA A LOS INDICADORES				
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE EL MES				
4	PARTICIPAR DE LAS ATENCIONES PROPIAS DE MEDICINA ANCESTRAL EN EL ESPACIO KILOMBO				
5	CARGAR LA INFORMACION DE LAS IMPLEMENTACIONES DESARROLLADAS, ATENCIONES ANCESTRALES Y SESIONES COLECTIVAS EN EL APLICATIVO GITAPPS OPORTUNAMENTE				
6	PARTICIPAR DE REUNION MENSUAL DE EQUIPO, COMITÉ DEL CUIDADO Y FORTALECIMIENTO DE POLITICAS PUBLICA, PROGRAMACION DEL MES.				
7	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORIA A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO				
8	ASISTIR A ESPACIOS SOLICITADOS POR LAS CONSULTIVAS (AUTORIDAD ETNICA)				
9	REGISTRAR SEGUIMIENTO DE LAS SESIONES REGISTRADAS EN CAMPO, ADICIONAL SE DILIGENCIA LOS DIFERENTES LINKS PARA SOLICITUD DE INFORMACION				
10	REALIZR ACTIVACION DE RUTAS PERMANENTEMENTE EN LAS FAMILIAS QUE LO REQUIERAN DURANTE ESTE PERIODO.				
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>					
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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	9490597151		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	SALUD TOTAL	16/09/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:			\$ 0		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/09/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	16/09/2025	\$ 1.700		
TOTAL PAGADO			\$ 214.400		
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, 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)					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		Diana Ayala C. DIANA DEL CARMEN YURY AYALA CAÑOLA CC 51626921			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		Sandra Yaneth Contreras Peñalosa SANDRA YANETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		Lorenza Becerra Camargo LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA DEL CARMEN YURY AYALA CAÑOLA	CC:	51626921
CORREO ELECTRÓNICO:	da0857981@gmail.com	TELÉFONO:	3134356886
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 13BISSUR#24D32	CIUDAD:	BOGOTA DC
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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	23009629362
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS4969 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
<i>Diana ayala @.</i> DIANA DEL CARMEN YURY AYALA CAÑOLA C.C 51626921 Cel: 3134356886			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	DV	Razon Social	Ciudad Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SNU e ICRF			
CC 51628921		VIAL CANSA RAMA DEL CAMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	44g 34m sur 7246-32	BOGOTÁ, BOGOTÁ D.E.	1234567	No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Límite	Fecha	Pago	Banco	Días mora	Valor
2025-08	2025-08	1000000311	1409297151	Planilla	1	2025/09/04	2025/09/16	2025/09/16	BANCO DE BOGOTÁ	12	\$214,400
RESUMEN DE PAGO											
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR			
ART. ADMINISTRADOS: 1)				1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000			
POSITIVA, COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$34,700	\$300	\$0	\$35,000			
EPS ADMINISTRADOS: 1)				1	\$178,000	\$1,400	\$0	\$179,400			
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$1,400	\$0	\$179,400			
TOTAL				1	\$212,700	\$1,700	\$0	\$214,400			

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE											
Identificación	dv	Razon Social	Ciudad Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado ISEN a ICBP			
CC 39426921		AYALA CAJAL BANA DEL CAMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	4th 13th sur 7246 32	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	733467	No			

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION											
Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Banco	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	100000071	PA0297151	I	2025/09/04	2025/09/16	BANCO DE BOGOTÁ		12		3274.400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	Código DNB	IBC	Aporte	
Empleado: YACIMAYE (Afirmado) Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afirmado) Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afirmado)																								
				50	50			\$1,423,500			\$178,000			50	50			\$1,423,500			\$178,000			50
1	CC 39426921	AYALA BANA		0	50	50		\$1,423,500			\$178,000			50	50			\$1,423,500			\$178,000			50
Total					50	50		\$1,423,500			\$178,000			50	50			\$1,423,500			\$178,000			50



⬇ Pago en Seguridad social

Pago en
Aportes En Línea

Número de planilla
9490597151

¿Cuánto?
\$ 214.400,00

Fecha
16 de septiembre de 2025 a las 11:45 a. m.

Referencia
M7430367

Superintendencia Financiera
de Colombia

VIGILADO

RADICADO 2023_51626921

**GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICADO DE NO PENSIÓN**

Que revisada la Nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, el(la) señor(a) **DIANA DEL CARMEN YURY AYALA CAÑOLA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía No. 51626921**, **NO FIGURA** percibiendo pensión por parte de esta Administradora.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá , el día 18 de agosto de 2025.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

