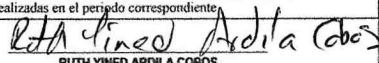
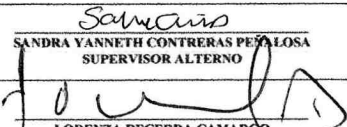


SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
RUTH YINED ARDILA COBOS			
CON C.C.N°		1.076.200.236	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4970 2025	FECHA INICIO CONTRATO	28/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.526.378	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 18.068.821	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.887
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	SEIS (6) MESES Y (1) UN DIA		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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	OBSERVACION 2, VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 2.539,887		
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPOS PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS		
3	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO		
4	SE REALIZA CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL		
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LAS UPZ DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL		
6	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RBC Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE		
8	SE REALIZA CARACTERIZACION A LAS PERSONAS QUE ACEPTAN LAS VISITAS DE LOS DIFERENTES PERFILES		
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO DE FORMATOS DE FRIMAS Y ESTRATEGIA ABORDAR		
10	ASISTENCIA A PREAUDITORIA		
11	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	S	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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	89786282	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	FAMISANAR	11/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	11/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/09/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	11/09/2025	\$ 700
TOTAL PAGADO			\$ 441.200
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.			
2.- Que realice 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, rui)			
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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 RUTH YINED ARDILA COBOS CC No 1076200236 DE UBAQUE CUND	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PERALOSA 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: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	RUTH YINED ARDILA COBOS	CC:	1076200236
CORREO ELECTRÓNICO:	RYINNASUBREDCENTROORIENTE@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3209114072
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CARRERA 12D 32F 18 SUR	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 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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS N° CUENTA: 550006800962562
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4970 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.887
FECHA DE INICIO CONTRATO	28/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
			
RUTH YINED ARDILA COBOS C.C 1076200236 Cel: 3209114072			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1076200236	RUTH VINIED ARDILA COBOS	KR 128 32F 18SUR	3209114072	Yinaardillia@gmail.com	BOGOTÁ D.C.			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	NO			
UNICA	I - Independiente								

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLADOS		CANTIDAD	TOTAL A PAGAR	
					UPC	1		0	
									\$441.200
									2025-08
									PERIODO SALUD
									2025-08
									I
									11/09/2025
									89786282

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	I	11/09/2025	89786282
TOTAL A PAGAR				
CANTIDAD		UPC		1
CANTIDAD		UPC		0
\$441,200				

[illegible]

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1769236381

Destino de pago

COMPENSAR-01

Motivo

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha

11/09/2025

Número de aprobación

00236381

Dirección IP

38.199.65.133

Valor transacción

\$ 441.200,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

Referencia 2

CC

Referencia 3

1076200236

