

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		CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR			
		CON C.C. N° 84.077.650	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIO COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRALDE 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 4982 2025	FECHA INICIO CONTRATO	3/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.583.213	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.502.193	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.904.812
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES VEINTINUEVE(29) 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	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO EN BARRERAS DE ACCESO CON LAS FAMILIAS AFRO		
2	GESTION DE CITAS Y BARRERAS DE ACCESO EN SALUD		
3	ACTUALIZAR DIARIAMENTE CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES CON SUS RESPECTIVAS DIRECCIONES Y COMPLEMENTOS ADICIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL MISMO.		
4	ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR A FAMILIAS NEGRAS Y AFROCOLOMBIANAS		
5	EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN POR MEDIO DE SESIONES COLECTIVAS A FAMILIAS NEGRAS Y AFROCOLOMBANAS		
6	ASISTIR A REUNION DE EQUIPO MENSUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO, ARTICULACIÓN CON OTROS ESPACIOS Y ENTORNOS		
7	ASISTIR A LOS ESPACIOS PROGRAMADOS COMO REQUERIMIENTO POR LA SDS Y LA SUBRED PARA LA ACTUALIZACIÓN EN NUEVOS CONOCIMIENTOS Y APROPIACIÓN DE CONCEPTOS PARA LA APLICACIÓN DE LOS MISMOS EN EL EJERCICIO		
8	ACCIONES DE MEDICINA ANCESTRAL EN EL KILOMBO ARONI		
9	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO		
10	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS		
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 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:	8389366130	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	CAPITAL SALUD	11/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	11/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLMV (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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR CC No 84.077.650		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 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		

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025 ✓			
NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR	CC:	84077650
CORREO ELECTRÓNICO:	ministrojuancarlosmedina@hotmail.com	TELÉFONO:	3006124563
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 8 9 64	CIUDAD:	BOGOTA
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		()	
<p>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.</p>			
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:	AHORRO
		Nº CUENTA:	126489590
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4982 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.812
FECHA DE INICIO CONTRATO	3/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
<p>  JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR C.C 84.077.650 Cel: 3006124563 </p>			

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR
No. Identificación: CC84077650
Dirección: AV CARACAS # 4
Telefono: 3008124563
Correo: ministrojuancarlosmedina@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8389366130

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC84077650	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2025
Número de planilla	8389366130	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2025
Fecha pago	2025-09-11	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	25142255	Total Pagado	440500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	34700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPSC34	Recalce SGP Capital Salud	178000	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 84077650
 APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN CARLOS MEDINA AGUILAR

Cód. EP	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGO	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGO	APORTE CAJA
EPSC34	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

