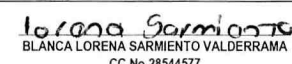
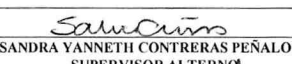
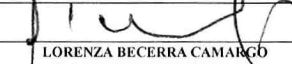


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
BLANCA LORENA SARMIENTO VALDERRAMA			
		CON C.C N°	28.544.577
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5321 2025	FECHA INICIO CONTRATO	6/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 550.283	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.947.747	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR	\$ 4.127.120
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CUATRO(4) MESES Y VEINTICINCO (25) 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	SALIDAS A TERRENO ABORDANDO EL MODELO DE SALUD MAS BIENESTAR ENFOCADOS A LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES, BRINDANDO ATENCION INTEGRAL A FAMILIAS CON FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES		
2	ASISTENCIA A ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO COMO CUARTEO REUNIONES QUE PERMITEN FORTALECER HABILIDADES EN EL DESARROLLO DE CADA ACTIVIDAD		
3	DAR CUMPLIMIENTO AL LINEAMIENTO EN CADA CASO ABORDANDO DE MANERA COMPLETA LAS FAMILIAS BRINDANDO APOYO PSICOLOGICO Y ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR, PAUTAS DE CRAMIA, MANEJO DE EMOCIONES, COMUNICACION ASERTIVA ENTRE OTROS		
4	DELEGAR EL FORMATO CUMPLIENDO CON LOS CRITERIOS Y ENTREGA DE PRODUCTO CON CALIDAD Y EN LAS FECHAS ESTIPULADAS		
5	NOTIFICAR AQUELLOS CASOS QUE REQUIERAN EVENTOS DE NOTIFICACION EN LA SALUD PUBLICA, CANALIZAR CUANDO SE REQUIERA		
6	DELEGAR CADA UNA DE LAS SESIONES ABORDADAS EN EL TERRENO POR PSICOLOGIA DE LOS EQUIPOS EMBELEN EN EL APLICATIVO GTAPS SEGUN CORRESPONDA EL PLAN CIUDAD FAMILIAR ELABORAR HERRAMIENTAS Y ESTRATEGIAS PARA CONTRIBUIR A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EL ENTORNO HOGAR		
7	DELEGAR CADA UNA DE LAS SESIONES ABORDADAS A DIARIO EN TERRENO Y LABORES ADMINISTRATIVAS		
8	PROGRAMAR USUARIOS EN LA VISITA A TERRENO Y DAR CUMPLIMIENTO		
9	ENTREGAR LOS FORMATOS DEBIDAMENTE DELEGADOS SIN TACHONES NI ENMIENDAS		
10	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	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 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:	9491194180	OPERADOR:	APORTE EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	12/09/2025	\$ 206.400
PENSIÓN:	COLFONDOS	12/09/2025	\$ 264.200
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/09/2025	\$ 40.300
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 510.900
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)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 BLANCA LORENA SARMIENTO VALDERRAMA CC No 28544577	
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:	BLANCA LORENA SARMIENTO VALDERRAMA			CC:	28544577
CORREO ELECTRÓNICO:	michellegaby30@gmail.com			TELÉFONO:	3023770104
DIRECCIÓN DOMICILIO:	kr 25 52 c 80 sur			CIUDAD:	bogota
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:	24104765964
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5321 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120		
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
10/000 Sarmiento BLANCA LORENA SARMIENTO VALDERRAMA C.C 28544577 Cel: 3023770104					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																													
Identificación		dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Telefono	Exonerado SENA e ICBF															
CC 28544577			SARMIENTO VALDERRAMA BLANCA LORENA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cra 25 #51-80 sur		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		3023770104	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																													
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Banco		Pago		Valor																	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago		Banco	Dias Mora			Valor																	
2025-08	2025-08	9497194180	9497194180	I	2025/09/17	2025/09/12	BANCO DE BOGOTÁ		0			\$510,900																	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte								
Sindicato: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0	\$1,650,848	\$40,300	\$0	\$0			\$0								
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0	\$1,650,848	\$40,300	\$0	\$0			\$0								
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0	\$1,650,848	\$40,300	\$0	\$0			\$0								
1	CC 28544577	SARMIENTO BLANCA	231001	30	\$1,650,848	\$264,200	EP5010	30	\$1,650,848	\$206,400	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,650,848	\$40,300	0	\$0	\$0								
Total Afiliados(1)					\$1,650,848	\$264,200			\$1,650,848	\$206,400			\$0	\$0			\$1,650,848	\$40,300			\$0								

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28544577		SARMIENTO VALDERRAMA BLANCA LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 #51-80 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3023770104	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	9491194180	9491194180	I	2025/09/17	2025/09/12	BANCO DE BOGOTA	0	\$510,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
TOTAL				1	\$510,900	\$0	\$0	\$510,900	

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogotá - RECAUDO PILA
2060 80016104 ****3145 T854
FTX12/09/25 14:49H.ND161 Ciudad Tun
202508 84 Aportes en línea
PLANILLA No.000009491194180
Identificación28544577
VALOR PLANILLA:510,900.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:510,900.00

VALOR \$ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

