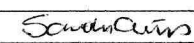
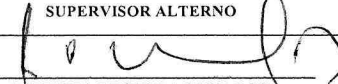
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y JORGE ALBERTO RODRIGUEZ CARRILLO					
		CON C.C.N°		1.030.550.183	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN ENFERMERIA 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 5878 2025		FECHA INICIO CONTRATO 7/07/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 3.989.549		No. HORAS EJECUTADAS 224	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.172.769		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.024.320	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		DOS (2) MES Y VEINTITRES (23) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05			
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)					
ITEM					
1	OBSERVACION: VALOR HORAS ADICIONALES SEPTIEMBRE \$897,200 ✓				
2	OBSERVACION: VALOR HORAS REGULARES SEPTIEMBRE \$4,127,120 ✓				
3	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE				
4	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 2025				
5	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA EN LAS JORNADAS PROGRAMADAS POR EL EQUIPO				
6	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE.				
7	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS , PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.				
11	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.				
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 <u>cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> 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: 9491820872 ✓		OPERADOR:		APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		COMPENSAR		16/09/2025 \$ 230.000	
PENSIÓN:		COLPENSIONES		16/09/2025 \$ 294.400	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		16/09/2025 \$ 44.900	
OTRO		COMPENSAR CCF		16/09/2025 \$ 36.800	
TOTAL PAGADO				\$ 606.100 ✓	
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, 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 JORGE ALBERTO RODRIGUEZ CARRILLO CC No 1.030.550.183			
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:	JORGE ALBERTO RODRIGUEZ CARRILLO	CC:	1030550183
CORREO ELECTRÓNICO:	Jrsubredcentroorient@gmail.com	TELÉFONO:	3157405575
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 69 J 63 A 07	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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 451400030073
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5878 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.024.320
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
 JORGE ALBERTO RODRIGUEZ CARRILLO C.C. 1.030.550.183 Cel: 3157405575			

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 1030550183		RODRIGUEZ CARRILLO JORGE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 38 SUR 85-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4504465	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1781268779	9491820872	I	2025/09/18	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$606,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$1,840,000	\$36,800			\$1,840,000	\$44,900		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$1,840,000	\$36,800			\$1,840,000	\$44,900		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$1,840,000	\$36,800			\$1,840,000	\$44,900		\$0	\$0	
1	CC	1030550183	RODRIGUEZ JORGE	Z5-14	30	\$1,840,000	\$294,400	EPS008	30	\$1,840,000	\$230,000	CCF24	30	\$1,840,000	\$36,800	14-23	30	\$1,840,000	\$44,900	30	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,840,000	\$294,400			\$1,840,000	\$230,000			\$1,840,000	\$36,800			\$1,840,000	\$44,900		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030550183		RODRIGUEZ CARRILLO JORGE ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 38 SUR 85-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4504465	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1781268779	9491820872	I	2025/09/18	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	\$606,100

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$44,900	\$0	\$0	\$44,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$36,800	\$0	\$0	\$36,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000
TOTAL				1	\$606,100	\$0	\$0	\$606,100

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS

1781268779

Destino de pago

APORTES EN LINEA

Motivo

Pago de la Planilla de aportes con clave: 9491820872

Fecha

16/09/2025

Número de aprobación

00268779

Dirección IP

191.156.57.151

Valor transacción

\$ 606.100,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

191.156.55.172

Referencia 2

CC

Referencia 3

1030550183

