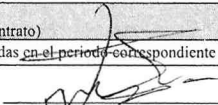
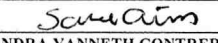
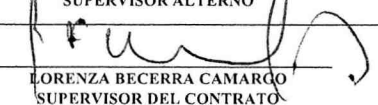
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA 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 50 ✓		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 14.172.769		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.121.500 ✓		
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 AGOSTO					
2	REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES DE LOS MÁRTIRES Y SANTA FE					
3	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A DESARROLLAR DURANTE ESTE PERIODO DEL MES Y LA PROYECCIÓN DEL CRONOGRAMA DEL MES DE 2025					
4	REALIZAR ATENCIÓN PROPIA DE LA MEDICINA EN LAS JORNADAS PROGRAMADAS POR EL EQUIPO					
5	SUBIR INFORMACIÓN DE LAS IMPORTACIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO, OPORTUNAMENTE.					
6	PARTICIPAR DE REUNIÓN MENSUAL DE LOS EQUIPOS , PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO.					
7	REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERÍODO.					
11	PARTICIPAR EN ASISTENCIA TECNICA CONVOCADA POR LA SDS PARA LOS EQUIPOS.					
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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)						
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:		9490181782		OPERADOR:		APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR
SALUD:		COMPENSAR		12/08/2025		\$ 200.000
PENSIÓN:		COLPENSIONES		12/08/2025		\$ 256.000
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		12/08/2025		\$ 39.000
OTRO		COMPENSAR CCF		12/08/2025		\$ 32.000
TOTAL PAGADO						\$ 527.000
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 cps, 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 PENALOSA 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:	jrsubredcentrooriente@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 1.2.4.1.0					
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	\$ 1.121.500		
FECHA DE INICIO CONTRATO	7/07/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓				
 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	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1695842909	9490181782	I	2025/08/22	2025/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$527,000

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)					\$1,600,000	\$256,000			\$1,600,000	\$200,000			\$1,600,000	\$32,000			\$1,600,000	\$39,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,600,000	\$256,000			\$1,600,000	\$200,000			\$1,600,000	\$32,000			\$1,600,000	\$39,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,600,000	\$256,000			\$1,600,000	\$200,000			\$1,600,000	\$32,000			\$1,600,000	\$39,000		\$0	\$0	
1	CC	1030550183	RODRIGUEZ JORGE	25-14	30	\$1,600,000	\$256,000	EPS008	30	\$1,600,000	\$200,000	CCF24	30	\$1,600,000	\$32,000	14-23	30	\$1,600,000	\$39,000	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,600,000	\$256,000			\$1,600,000	\$200,000			\$1,600,000	\$32,000			\$1,600,000	\$39,000		\$0	\$0	

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	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-07	2025-07	1695842909	9490181782	I	2025/08/22	2025/08/12	BANCO DAVIVIENDA	0	\$527,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,000	\$0	\$0	\$256,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$256,000	\$0	\$0	\$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$39,000	\$0	\$0	\$39,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$32,000	\$0	\$0	\$32,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$32,000	\$0	\$0	\$32,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$200,000	\$0	\$0	\$200,000
TOTAL				1	\$527,000	\$0	\$0	\$527,000

11:01



chrome://downloads



DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1695842909

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9490181782

Fecha
12/08/2025

Número de aprobación
00842909

Dirección IP
191.156.124.233

Valor transacción
\$ 527.000,00

Costo de la transacción
\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
191.156.124.233

Referencia 2
CC

Referencia 3
1030550183

