

		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-1A- FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA						
CON C.C.Nº			1.031.152.597			
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 6208 2025		FECHA INICIO CONTRATO	15/08/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		S 4.105.813		No. HORAS EJECUTADAS	210	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		S 11.351.365		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	S 8.269.380	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (1) MESES Y CATORCE (14) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 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 1 : COBRO DE HORAS ADICIONALES DEL MES DE SEPTIEMBRE S 1.023.828					
2	OBSERVACION 2 : PAGO DE HONORARIOS DEL MES DE SEPTIEMBRE S 7.245.552					
3	PRESTAR SERVICIO A LAS FAMILIAS REALIZANDO TOMA DE SIGNOS VITALES A CADA INTEGRANTE DE LA FAMILIA PARA IDENTIFICAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE Y DAR RESPUESTA A LOS RIESGOS IDENTIFICADOS					
4	INCLUIR LA INFORMACION DE LA CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA POR CADA FAMILIA EN EL APLICATIVO TODOS LOS DIAS					
5	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES PLASMANDO DIRECCIONES					
6	ORGANIZACIÓN DE DOCUMENTACION PLANILLAS DE FIRMAS VERIFICANDO ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LA MISMA PARA REALIZAR LA ENTREGA DE SOPORTES DE FIRMAS					
7	REALIZAR ACTIVACIONES DE RUTA CON EPS TODOS LOS DIAS POR CADA USUARIO SEGÚN EL RIESGO IDENTIFICADO PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES EVIDENCIADAS					
8	PRESENTAR PREAUDITORIA DEL MES CORRESPONDIENTE AL MES VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y HALLAZGOS					
9	REALIZAR DESPLAZAMIENTO A LOS TERRITORIOS 017 BARRIO LA PAZ Y 051 BARRIO CARMEN DEL SOL VERIFICACION DE MAPAS Y MANZANAS ASIGNADAS PARA LA UBICACION DE LAS FAMILIAS A INTERVENIR TODOS LOS DIAS					
10	PLASMAR USUARIOS IDENTIFICADOS CON NACIONALIDAD EXTRANJEROS EN BASE ANEXO PARA IDENTIFICAR LOS RIESGOS ENCONTRADOS POR CADA INDIVIDUO TODOS					
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:		9490507306		OPERADOR:		
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO		
SALUD:		SALUD TOTAL		17/09/2025		
PENSIÓN:		PROTECCION		17/09/2025		
RIESGOS LABORALES:		SURA		17/09/2025		
OTRO				S -		
TOTAL PAGADO				S 279.000		
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 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			 ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA CC No 1031152597			
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:	ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA	CC:	1031152597
CORREO ELECTRÓNICO:	draerikaruizpalma@gmail.com	TELÉFONO:	3144410501
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 22 A 37 62 SUR	CIUDAD:	Bogotá
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:	ITAU	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	096045720
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 6208 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.269.380
FECHA DE INICIO CONTRATO	15/08/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓		
<p>ERIKA RUIZ</p> <hr/> ERIKA ALEJANDRA RUIZ PALMA C.C 1031152597 Cel: 3144410501			

1:50

4G



¡Hola, Erika Ruiz!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

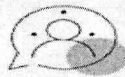
Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 279.000
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave:
9490507306
Fecha de la transacción: 17/09/2025
CUS: 1783330278
Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten en cuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

Para mayor información comunícate con nosotros:

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privado. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibió este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección de correo electrónico desde la cual se generó el mensaje. No se permite el uso de este mensaje para fines ajenos a los que fue generado. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta información. Queda expresamente prohibida la redistribución, venta o alquiler de esta información. No se permite el uso de esta información para fines de marketing directo. No se permite el uso de esta información para fines de marketing directo. No se permite el uso de esta información para fines de marketing directo.

Reply

Forward





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 1031152597		RUIZ PALMA ERIKA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 22A 37 62	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7142863	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	1783330278	9490507306	1	2025/09/22	2025/09/17	BANCO ITAU	0	\$279,000

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)						\$901,550	\$144,300			\$901,550	\$112,700			\$0	\$0			\$901,550	\$22,000		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$901,550	\$144,300			\$901,550	\$112,700			\$0	\$0			\$901,550	\$22,000		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$901,550	\$144,300			\$901,550	\$112,700			\$0	\$0			\$901,550	\$22,000		\$0	\$0
1	CC	1031152597	RUIZ ERIKA	230201	19	\$901,550	\$144,300	EPS002	19	\$901,550	\$112,700		0	\$0	\$0	14-11	19	\$901,550	\$22,000	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$901,550	\$144,300			\$901,550	\$112,700			\$0	\$0			\$901,550	\$22,000		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1031152597		RUIZ PALMA ERIKA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 22A 37 62	BOGOTA-BOGOTA D. E.	7142863	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1783330278	9490507306	I	2025/09/22	2025/09/17	BANCO ITAU	0	\$279,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$144,300	\$0	\$0	\$144,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$144,300	\$0	\$0	\$144,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$22,000	\$0	\$0	\$22,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$22,000	\$0	\$0	\$22,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$112,700	\$0	\$0	\$112,700
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$112,700	\$0	\$0	\$112,700
TOTAL				1	\$279,000	\$0	\$0	\$279,000