

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1022991492		MENDEZ GOMEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 69b bis 4 48sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7672873	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	25120910	9491347191	I	2025/09/19	2025/09/22	BANCO DE OCCIDENTE	3	\$441,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0
1	CC 1022991492	MENDEZ GINNA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-7	30	\$1,423,500	\$34,700	0
Total	Afiliados(1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022991492		MENDEZ GOMEZ GINNA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 69b bis 4 48sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7672873	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	25120910		9491347191	I	2025/09/19	2025/09/22	BANCO DE OCCIDENTE	\$441,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$500	\$0	\$228,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	
TOTAL				1	\$440,500	\$1,000	\$0	\$441,500	

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ			CC:	1022991492	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANDREAMEGO-0420@HOTMAIL.COM			TELÉFONO:	3224482932	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69D BIS 4 48 SUR			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	488402385980	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5827 2025	N° CDP:	2775	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (6) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/06/26	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.900.000					
 GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ PS_5827_2025_9B028F NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ CC: 1022991492 CEL: 3224482932						

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ				
CON C.C N°			1.022.991.492	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 7755548 DE 2025 PROGRAMA RUTA DE LA SALUD PARA LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5827 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/06/26
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$	2.216.667	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$	9.753.333	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.900.000
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)			
1	No aplica para el mes de septiembre, porque se da continuidad a la ejecución del contrato.			
2	Para el mes de Septiembre se informó y oriento a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente en la sede Centro de Salud Primera de Mayo, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de estos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.			
3	Para el mes de septiembre se realizó filtro de ingreso en el Centro de Salud para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo con el servicio requerido.			
4	Para el mes de septiembre 2025, se identifica la población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS, para traslado en el Programa Ruta de la Salud.			
5	Para el mes de septiembre se realiza divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, con un total de 63 formatos de sensibilizaciones.			
6	Para el mes de septiembre se da información y orientación a los usuarios del programa de la Ruta de la Salud, así mismo, realizar el respectivo agendamiento de los usuarios que soliciten el servicio a través del link de programación.			
7	Para el mes de septiembre se reportan las novedades a la coordinación sobre situaciones que se presenten durante los recorridos o en las USS que componen la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E;			
8	Para el mes de septiembre se viste adecuadamente los elementos de identificación suministrada y portar el carné institucional, así mismo responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular corporativo).			
9	Para el mes de septiembre se desarrolla las actividades para el fortalecimiento de la organización y operación del programa ruta de la salud, entre redes integradas de servicios de salud en el marco del convenio interadministrativo entre el FFDS y la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.			
10	Para el mes de septiembre 2025 las demás actividades que designe el supervisor del contrato en el marco del convenio interadministrativo 7755548 de 2025 Programa Ruta de la Salud, en cuanto a la asistencia a fortalecimientos institucionales, entre otros.			
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS				
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-09-01) AL (2025-09-30)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9491347191	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/09/22	\$ 178.400
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/09/22	\$ 228.300
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/09/22	\$ 34.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 441.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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 afiliacion 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.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ PS_5827_2025_9B028F GINNA ANDREA MENDEZ GOMEZ CC: 1022991492		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS PS_5827_2025_9B028F LUZ ESTELA GONZALEZ PENAGOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ PS_5827_2025_9B028F SHIRLEY JANNETH TORRES RODRÍGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO		