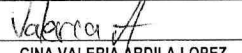
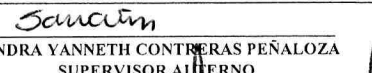
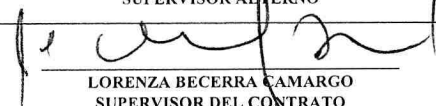
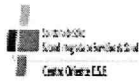
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
GINA VALERIA ARDILA LOPEZ					
			CON C.C N°	1.026.555.720	
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 4253 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.331.627		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 34.992.624			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 4.726.464
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) 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 especificas realizadas durante el mes)				
1	OBSERVACION. VALOR DE LOS HONORARIOS \$ 4,762,464				
2	ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO				
3	CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS				
4	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS				
5	REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACION, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA				
6	ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS				
7	ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS				
8	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS				
9	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 001301 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL				
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 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:	89033549		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	FAMISANAR	15/08/2025	\$ 238.200		
PENSIÓN:	PORVENIR	15/08/2025	\$ 304.800		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	15/08/2025	\$ 46.500		
OTRO	COMPENSAR CCF + MORA	15/08/2025	\$ 15.100		
TOTAL PAGADO					\$ 604.600
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, 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 GINA VALERIA ARDILA LOPEZ CC No 1.026.555.720		
FIRMA DE QUIEN VALIDA			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOZA 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: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		CC: 1.026.555.720
CORREO ELECTRÓNICO:	gardilasubredco@gmail.com		TELÉFONO: 3043282119
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 26 SUR 78H 30		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 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 BBVA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	N° CUENTA: 00130037020015748 4
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4253 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.726.464
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		
 _____ GINA VALERIA ARDILA LOPEZ CC: 1.026.555.720 TEL: 3043282119			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		CI 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89033549	\$604.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	238.200	0		0		0	9	1.400	0	239.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	304.800	0	0	0	0	9	1.800	0	306.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	46.500				46.500	9	300	46.800			465	46.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	11.500	9	100	11.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	238.200	239.600
Pensión	1	304.800	306.600
Riesgos Laborales	1	46.500	46.800
CCF	1	11.500	11.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	601.000	604.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026555720	GINA VALERIA ARDILA LOPEZ		Ci 26 sur 78H 30	3410814	VALERYARD@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	15/08/2025	89033549	\$604.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES													
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Exonerado	Colom. entidad	Exonerado	ING	RET	IDS	PAS	TPA	VSP	VST	SLN	IRE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cod. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clas. de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1026555720	ARDILA LOPEZ GINA VALERIA	SR	0			N								X								230301	1.904.842	304.800	0	0	0	0	EPS017	1.904.842	238.200	14-7	1.904.842	3	46.500	CCF24	1.904.842	11.500	0	0	0	0	0

PAGADA



¡Hola, gina valeria ardila lopez!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 604.600

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 15/08/2025

CUS: 1703940608

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

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en este mensaje es confidencial y puede contener información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier referencia, reproducción, utilización, explotación o copia del presente mensaje es estrictamente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al emisor de inmediato.

Responder

Reenviar



