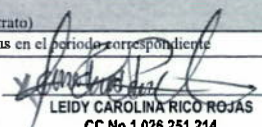


		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>		<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-877</b> <b>VERSIÓN: 2</b> <b>FECHA: 2025-06-09</b>		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>LEIDY CAROLINA RICO ROJAS</b>						
<b>CON C.C.Nº</b>				1.026.251.214		
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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					
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4785 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	10/02/2025		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 7.995.904 ✓		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184 ✓		
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 31.744.571 ✓			<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 4.127.120 ✓	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS ✓					
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO					
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05					
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)					
1	ASISTENCIA PRESENCIAL A REUNION EN SECRETARIA DE SALUD ASISTENCIA PRESENCIAL A FIRMA DE ADICION EN FISICO DE CONTRATO					
2	CARACTERIZACIÓN A FAMILIAS EN TERRENO, SE REALIZA TAMIZAJE DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, Y SE DERIVAN PARA PROFESIONALES DE ACUERDO A LOS RIESGOS					
3	DILIGENCIAMIENTO DE CRONOGRAMA Y REPORTE DE USUARIOS EN APLICATIVO GTAPS-SDS					
4	REALIZACIÓN DE FICHAS DE CANALIZACIÓN, SE ENVIAN DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO PARA RESPUESTA OPORTUNA					
5	ASISTENCIA A REUNIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS					
6	ENTREGA DE PLANILLAS DEBIDAMENTE DILIGENCIADAS					
7	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS					
8	SE LLENA PLANTILLA CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES DE EN EL TERRITORIO 001301 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTOBAL					
9	SE REALIZAN VISITAS DE CASOS DE RUTEO ASIGANDOS, DANDO RESPUESTA DE CADA UNO DE ELLOS					
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA					
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>						
<b><u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u></b>						
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>
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) ✓						
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074927152 ✓		<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE ✓		
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>OPERADOR:</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>		
SALUD:	SURA		16/09/2025 ✓	\$ 206.400 ✓		
PENSIÓN:	PROTECCION		16/09/2025 ✓	\$ 264.200 ✓		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		16/09/2025 ✓	\$ 40.300 ✓		
OTRO	COLSUBSIDIO CCF + MORA		16/09/2025 ✓	\$ 14.400 ✓		
<b>TOTAL PAGADO</b>				<b>\$ 525.300</b>		
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>						
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 ibr 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, 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.						
<b>VI. ANEXOS</b>						
(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						
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 LEIDY CAROLINA RICO ROJAS CC No 1.026.251.214			
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>			 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025 ✓					
NOMBRES Y APELLIDOS:	LEDY CAROLINA RICO ROJAS			CC:	1.026.251.214
CORREO ELECTRÓNICO:	caritorojas2009@gmail.com			TELÉFONO:	3193341650
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 94 SUR 14 50			CIUDAD:	BOGOTÁ
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>					
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>					
<b>Régimen Simple De Tributación</b> : 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:	0570001770067658
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 4785 2025 ✓	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 4.127.120 ✓		
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025 ✓				
 LEIDY CAROLINA RICO ROJAS CC: 1.026.251.214 TEL: 3193341650					





Christian Lopez <crbsubredco@gmail.com>

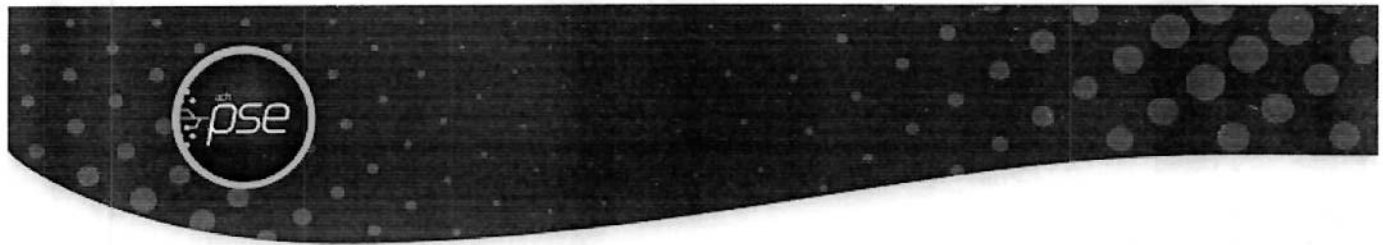
**Fwd: PSE - Transacción Aprobada  CUS 1781260922**

L. Carolina Rico Rojas <caritorojas2009@gmail.com>  
To: crbsubredco@gmail.com

Tue, Sep 16, 2025 at 8:37 PM

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>  
Date: mar, 16 sept 2025 a la(s) 1:33 p.m.  
Subject: PSE - Transacción Aprobada  CUS 1781260922  
To: <caritorojas2009@gmail.com>



**¡Hola, Leidy Carolina Rico Rojas!**

**Estado de la Transacción:** Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 525.300

**Empresa:** SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Descripción:** Pago PSE. Ref:8823372137-202508-972741.  
idTrans:972741

**Fecha de la transacción:** 16/09/2025

**CUS:** 1781260922

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.