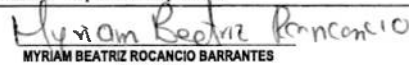


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-PT-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 195-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES			
CON C.C.N°		53.114.910	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 4791 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.748	No. HORAS EJECUTADAS	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 19.967.958	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	SIETE (7) 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 GRADO 05		
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <small>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</small>		
1	APOYO A GESTIÓN DE CONTRATACION, CONTACTAR, REALIZAR SEGUIMIENTO DE CARPETAS PARA CONTRATACION		
2	REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVA DE ACUERDO A SOLICITUD DE LIDERES ADMINISTRATIVOS		
3	SEGUIMIENTO DE HOJAS DE VIDA PARA EL NUEVO TALENTO HUMANO		
4	REVISIÓN DE CARPETAS PARA ENVIAR A CONTRATACIÓN		
5	ALISTAR INSUMOS PARA PROFESIONALES		
6	REALIZAR CONVOCATORIA Y SEGUIMIENTO A TALENTO HUMANO NUEVO PARA CONTRATACIÓN		
7	ALISTAR EQUIPOS Y DE MÁS PARA LAS JORNADAS		
8	IMPRIMIR PAPELERIA Y FORMATOS		
9	ENVIAR EQUIPOS PARA REVISIÓN CON LOS BIOMEDICOS		
10	RADICACIÓN DE DOCUMENTOS SDC		
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, <u>CERTIFICO</u> 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:	9490507168	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	10/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	10/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/09/2025	\$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	10/09/2025	\$ 30.800
TOTAL PAGADO			\$ 471.300
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 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, srl, 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 <small>(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)</small>			
Anexar evidencias fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES CC N° 53.114.910		
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:	MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES	CC:	53114910
CORREO ELECTRÓNICO:	bettytons22@gmail.co	TELÉFONO:	3006184576
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 6 A 77 A 51 IN 17 AP 401	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 DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	Ahorros N° CUENTA: 550488420673334
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4791 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.936
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		
 MYRIAM BEATRIZ ROCANCIO BARRANTES C.C 53114910 Cel: 3006184576			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	de	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF No
CC 53114910		NONCANCIO BARRANTES AMBIAH BEATIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 63 87 A -41 TORRE 17 APT0401	BOGOTÁ-BOGOTIA D.E.	4077011	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Page	Valor
Resión	Pago	Planilla	Planilla	Limite	2025/09/03		Dias Mora	Valor
2025-08	1767316516	9490307168	1	2025/09/10	BANCO DAVIVIENDA		7	\$471,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
FORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$1,100	\$0	\$228,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$200	\$0	\$28,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
SAUID TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$178,000	\$800	\$0	\$178,800
TOTAL				1	\$469,000	\$2,300	\$0	\$471,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	Av	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENAE ICBF		
CC 5314910		BONICANGIO BARBANTES MYRIAM HEATHER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 68 87 A -41 TORRE 17 APT0401	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4677011	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Pago	Valor			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	2025/09/03	2025/09/10	BANCO DAVIVIENDA	Dias Mora	7
2025-08	176736516	9460507168	1	2025/09/03	2025/09/10	BANCO DAVIVIENDA	7		Valor	\$471,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																													
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte								
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							
1	CC	5314910	PRINCIPAL	30	\$1,423,500	\$227,800	EP002	30	\$1,423,500	\$178,000	CC724	30	\$1,423,500	\$28,500	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0								
Total Afiliados (1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$34,700			\$0	\$0							

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1767316516

Destino de pago
APORTES EN

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9490507168

Fecha
10/09/2025

Número de aprobación
00316516

Dirección IP
190.66.24.18

Valor transacción
\$ 471.300,00

Costo de la transacción
\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
190.66.24.18

Referencia 2
CC

Referencia 3
53114910

