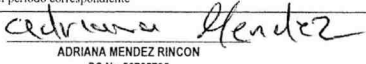
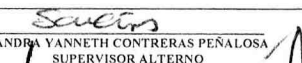
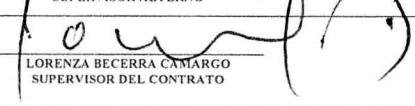
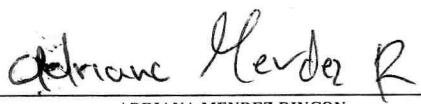


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y			
ADRIANA MENDEZ RINCON			
CON C.C.N°		52 725 735	
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL BACHILLER DE ACCESO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4674 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.690.304	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 12.644.916	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.902.220
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 (Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)		
1	Recibir llamadas de promotores para asignación de citas en proceso de tiempo real		
2	Realizar recordatorios y seguimiento de citas, registrarlos en el aplicativo Gitapps		
3	REALIZAR ACTA DE LECTURA DE LINEAMIENTOS Y DE AGENDAMIENTO		
4	REALIZAR INVENTARIO EN BODEGA, VERIFICAR Y ADJUNTAR LOS SOPORTES DE TECNOLOGIA NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS, REPORTARLAS AL ENTE RESPECTIVO		
5	ADMITIR EN EL SISTEMA DE INFORMACION LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR EL SERVICIO DE EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES ENTORNO HOGAR.		
6	GESTIONAR BASE DE DATOS PARA LLAMADAS DE ASIGNACIÓN DE CITAS Y SEGUIMIENTOS A INASISTENCIAS		
7	PARTICIPAR EN TODAS LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA SUBRED		
8	APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA ENTREGA DE INSUMOS Y SUMINISTRO A LOS PROFESIONALES DEL CONVENIO EBEH		
9	LLAMAR BASES, AGENDAMIENTO CITAS MEDICAS		
10	REALIZAR Y VALIDAR FRECUENCIAS DE USO, SEGUN CARECTARIZACION		
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 presento 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:	9489341566	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	14/8/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/8/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	14/8/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	14/8/2025	\$ 1.000
TOTAL PAGADO			\$ 441.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrolle las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realice 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 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 fotográficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 ADRIANA MENDEZ RINCON CC No 52725735	
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: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ADRIANA MENDEZ RINCON	CC:	52725735
CORREO ELECTRÓNICO:	amende.bancodebogota@gmail.com	TELÉFONO:	3173713476
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 13 SUR 6 85 ESTE	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 ún			
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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS 24125070562
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4674 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.902.220
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/2/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/8/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		
 ADRIANA MENDEZ RINCON C.C 52.725.735 Cel: 3173713476			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52725735		MEÑEZ RINCON ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 sur #6-85 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3333976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora
2025-07	2025-07	1699536537	9489341566	I	2025/08/11	2025/08/14	BANCO CAJA SOCIAL	3
								\$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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800 ✓	\$500	\$0	\$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700 ✓	\$100	\$0	\$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700 ✓	\$100	\$0	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000 ✓	\$400	\$0	\$178,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000 ✓	\$400	\$0	\$178,400
TOTAL				1	\$440,500	\$1,000	\$0	\$441,500 ✓

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52725735		MEÑEZ RINCON ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 13 sur #6-85 este	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3333976	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1699536537	9489341566	I	2025/08/11	2025/08/14	BANCO CAJA SOCIAL	\$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	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$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	\$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	\$0
1	CC 52725735	MEÑEZ ADRIANA	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5005	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

**Pago electrónico**

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.155.18.182
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9489341566
Valor:	441,500
Período de pago:	2025-07
No Transacción (CUS):	1699536537
Fecha:	2025/08/14
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9489341566
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)**Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte**

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegirnos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

