Informe de Actividades No. 1	
Contratista:	ADRIANA PAOLA LÓPEZ TRUJILLO
Cédula:	65.815.346 DE FRESNO TOLIMA.
Contrato No.	233-2026
Objeto:	Prestar sus servicios profesionales como Trabajadora Social en la atención psicosocial y salud integral a víctimas del conflicto en el territorio para el programa PAPSIVI según resolución 00593 del 2026 para el hospital san Vicente de paúl de fresno Tolima.
Plazo de Ejecución:	5 meses
Periodo Reportado:	15 de julio al 15 de agosto del 2026

ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTA

Actividades realizadas entre el 15 de julio al 15 de agosto del 2026

1. Apoyé el desarrollo de estrategias de focalización en el territorio asignado, conforme a los lineamientos establecidos por el ministerio de salud y protección social.
2. Verifiqué la inclusión de víctimas en el registro único de víctimas (RUV) o en la base de datos de sentencia, órdenes judiciales y administrativas nacionales e internacionales según corresponda
3. Participé activamente en las sesiones del equipo de atención integral para la formulación, ejecución y seguimiento de los planes de atención integral.
4. Concerté planes de atención integral con las personas víctimas de acuerdo con los hallazgos identificados durante la valoración, bajo el principio de intersectorialidad y conforme a los lineamientos de salud y protección social
5. Brindé atención psicosocial de manera intramural y extra mural de acuerdo a lo establecido en los planes de atención integral y orientaciones metodológicas del programa. Las actividades extra mulares serán previamente notificadas a la coordinación municipal y desarrolladas respetando los protocolos de seguridad y protección establecidos para la misión médica.
6. Realicé registro oportuno, completo y veraz de la atención psicosocial del programa, conforme a los lineamientos técnicos.
7. Participé en las acciones de desarrollo de talento humano programadas, incluyendo proceso de formación, acompañamiento técnico y estrategias de cuidado emocional.
8. Garanticé la confidencialidad de la información obtenida durante el proceso de atención psicosocial, mediante le cumplimento de los protocolos de manejo de la información, la suscripción de fichas de acercamiento y los acuerdos de uso del aplicativo web del programa
9. Organicé y archivé documentación derivada de la atención psicosocial conforme a los lineamientos técnicos y normas establecidos por el archivo general de la Nación

Anexos: Se adjunta copia del comprobante de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, Fondo de Pensiones y ARL, correspondientes al mes de julio de **2026.**

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 3500870 – Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional 018000910383

Evidencias:









ADRIANA PAOLA LÓPEZ TRUJILLO	
Nombre del Contratista	**Firma**
WILLY ANDRÉS ROMERO	
Nombre del Coordinador	**Firma**

Nota: *Corresponde al Contratista relacionar las actividades ejecutadas acorde a las obligaciones y productos que constituyen el objeto del contrato*

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea gratuita nacional 018000910383

CERTIFICADO DE NO UTILIZACION DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO

(Inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023)

Yo, Adriana Paola López Trujillo con documento de identificación No. 65815346

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

QUE:

1. Estoy vinculado a la **E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE FRESNO – TOLIMA** con NIT 890.700.901-4, mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente solicito me practiquen la retención en la fuente de rentas laborales de que trata el Art 383 del Estatuto Tributario, informo que no hare uso de costos y deducciones asociados a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito por la entidad (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

2. Que tengo a mi cargo las siguientes personas en calidad de dependientes.

Nombre y Apellido del Dependiente	No Documento de Identidad	Calidad del Dependiente
JUAN MARTIN DIAZ LÓPEZ	1056144504	HIJO

(Adjuntar registro civil, certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal, según corresponda)

3. Que mensualmente pago Intereses sobre préstamos de vivienda de habitación o costos financieros de leasing habitacional por valor de $000000000 en la entidad financiera NO APLICA (adjuntar pago del mes)

Por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

Así mismo, Certifico bajo gravedad de juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligados al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales corresponden a los ingresos provenientes del contrato. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambios tributarios.

CIUDAD Y FECHA: 13 DE AGOSTO DE 2026

FIRMA:

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65815346		LOPEZ TRUJILLO ADRIANA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 4 8 42	FRESNO-TOLIMA	3108831416	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026 07	448729855	9506848962	I	2026/08/13	2026/07/06	BANCOLOMBIA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No	Identificacion	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
Ciudad: FRESNO Depto. TOLIMA (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400
1	CC	65815346	LOPEZ ADRIANA																	25 14	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14 11	30	$1,750,905	1 044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total			**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS· 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$517,400