		<b>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</b> <b>APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN</b> <b>FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> <b>Y DE APOYO A LA GESTIÓN</b>			<b>CÓDIGO: AP-IA-FT-014</b> <b>VERSIÓN: 6</b> <b>FECHA: 2024-09-16</b>	
<b>DATOS DEL CONTRATISTA</b>						
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025</b>						
<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>CLARA INES BOJACA LANCHEROS</b>			<b>CC:</b>	52.874.123	
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	wilcla_14@yahoo.com			<b>RUT (NIT):</b>		
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 63D SUR 18R 26			<b>TELÉFONO:</b>	3124867399	
				<b>CIUDAD:</b>	BOGOTÁ	
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.</b>						
<b>NO tomaré costos y deducciones</b>				<b>( X )</b>		
<b>SI tomaré costos y deducciones</b>				<b>( )</b>		
<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>Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12</b> Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación				<b>SI ( )</b>	<b>NO ( X )</b>	
<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	<b>DAVIVIENDA</b>			<b>TIPO DE CUENTA:</b>	<b>AHORROS</b>	<b>Nº CUENTA:</b>
<b>NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)</b>						002170076596
<b>NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)</b>						
<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5176 2024	<b>Nº CDP:</b>	46	<b>NºCRP:</b>	7754	<b>PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:</b>
						TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	24/10/2024	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>		9/02/2025		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES :</b>
						\$ 14.526.321
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/02/2025 AL 09/02/2025					
<b>VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)</b>	\$ 1.199.421					
	UN MILLON CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE					
<p><i>Clara Ines Bojaca</i></p>						
<b>NOMBRE:</b>	CLARA INES BOJACA LANCHEROS					
<b>CC</b>	52.874.123					
<b>CEL</b>	3124867399					



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E  
APOYO - GESTION DE CONTRATACION  
FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y  
APOYO A LA GESTION

CÓDIGO: AP-IA-FT-078  
VERSIÓN: 2  
FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

NOMBRE DEL CONTRATISTA

CLARA INES BOJACA LANCHEROS

NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

52.874.123

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

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 5176 2024

FECHA INICIO CONTRATO

24/10/2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$

5.330.760

VALOR TOTAL DEL  
CONTRATO INCLUIDO  
ADICIONES:

\$

14.526.321

VALOR DE HONORARIOS PERÍODO  
A CERTIFICAR:

\$

1.199.421

Nº PAGO / Nº DE INFORME:

6

Nº CRP  
INICIAL:

44704

Nº CDP INICIAL  
DEL CONTRATO

3662

PLAZO DEL CONTRATO  
INCLUYENDO PROROGAS

TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS

Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:

1069455516

OPERADOR:

SIMPLE

PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:

CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓN:

Nº (3)

TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):

ADICION (3)

PRORROGA (3)

VALOR ADICIONADO

\$

1.199.421

CDP DE LA

4053

RP DE LA

49685

TIEMPO

NUEVE (9) DIAS

VALOR ADICIONADO

\$

3.998.070

CDP DE LA

4120

RP DE LA

50790

TIEMPO

UN (1) MES

VALOR ADICIONADO

\$

3.998.070

CDP DE LA

46

RP DE LA

TIEMPO

UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTO POLIZAS EN SU CONTRATO?

SI

NO

X

Nº DE PÓLIZA:

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

FECHA DE LA PÓLIZA

ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

**SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.**

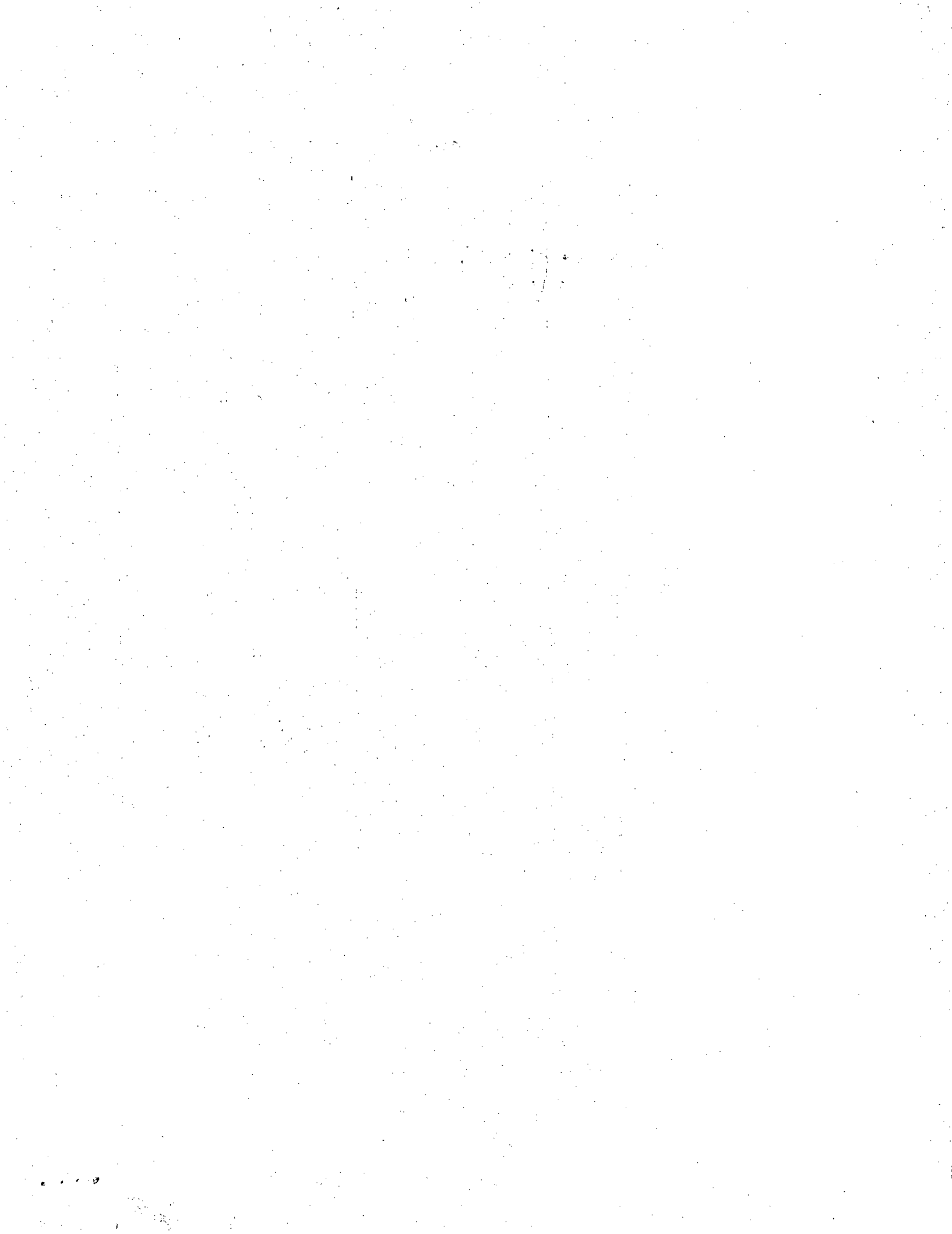
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	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 01/02/2025 AL 09/02/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:  
LORENZA BECERRA CAMARGO  
CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05

L-T-V  
NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:  
LILIANA TELLEZ VALBUENA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR



# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-11, 06:15:45 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1089455516

Período Cotización:

enero de 2025

Período Servicio:

enero de 2025

**PAGADO 11/02/2025**

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES BOJACA LANCHEROS		
Documento	CC52874123	Dirección	CL 63D SUR #18 R - 26
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7904560
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VET	RE	REU	UMA	VAC	AVP	VCT	RR	Días AFP	Días EPS	Días ARB	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52874123	CLARA INES BOJACA LANCHEROS	59	00																						(230301) PORVENIR	\$ 1.600.000	\$ 256.000	(EPS017) FAMILIAR EPS	\$ 1.600.000	\$ 200.000	2,436	\$ 1.600.000	\$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 495.000



### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 1.600.000	\$ 0	\$ 256.000	\$ 200.000	\$ 39.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 495.000	\$ 1.500	\$ 496.500



¡Hola, Vanessa cordoba ramirez!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada   
CUS: 1259756083  
Empresa: SIMPLE OI  
Descripción: Pago de Seguridad Social  
Valor de la Transacción: \$ 496.500   
Fecha de Transacción: 11/02/2025

#### Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia Oficial