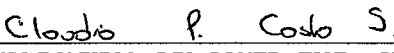
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y		
CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:		52.309.403
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO 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 4968 2025
FECHA INICIO CONTRATO		27/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.644.718	PLAZO INICIAL DEL CONTRATO
		UN (01) MES Y TRECE (13) DÍAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.694.562	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:
		\$ 1.865.888
Nº DE INFORME:	2	Nº CRP:
		Nº CDP:
		478
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DÍAS	
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRADO0 05
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES		
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:	I	TIPO DE MODIFICACIÓN
ADICIONES	I	PRORROGAS
VALOR ADICIONADO	\$ 7.049.844	CDP DE LA ADICIÓN:
		CRP DE LA ADICIÓN:
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:
		CRP DE LA ADICIÓN:
III. POLIZAS		
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO
		X
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA	FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)		
ÍTEM		
1	VERIFICAR DIRECCIONES EN PAI PARA BÚSQUEDA DE CONTACTO DE LOS USUARIOS	
2	CONTACTAR A USUARIOS DE BASE DE RUTEO PARA AGENDAR PACIENTES	
3	VERIFICAR FRECUENCIAS DE USO PARA USUARIOS ANTES DE LA ASIGNACIÓN DE CITAS	
4	LLEVAR EL CONTROL E ASISTENCIAS EN LA BASE DE USUARIOS ASIGNADOS	
5	REALIZAR AGENDAMIENTO DE USUARIOS SUMINISTRADOS EN BASES DE DATOS	
6	REALIZAR OTRAS ACTIVIDADES DE USUARIOS DE CAPITAL SALUD, AUTORIZACIONES DE MEDICAMENTOS	
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LÍDERES OPERATIVOS	
8	ENTREGAR OPORTUNAMENTE SOPORTES REQUERIDOS DENTRO DEL PERFIL DEL CONVENIO	
9	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	
10	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL		
No. DE PLANILLA:	1071862213	OPERADOR:
		SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO
VALOR PAGADO		
SALUD:	SANITAS	10/04/2025
		\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	10/04/2025
		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	10/04/2025
		\$ 34.700
OTRO	MORA	10/04/2025
		\$ 2.800
TOTAL PAGADO		\$ 443.300
VI. 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 IBC se calculó 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 SMMVLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a (GPS, ARL, Pensión, RUT) 3.- Que adjunto evidencia del cargo 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.		
VII. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)		
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente		
		
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
C.C: 52.309.403		
CEL 3134441817		

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	CC:	52.309.403
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciacastrosanchez1975@gmail.com	RUT (NIT):	52.309.403
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91C 5A 46 SUR	TELÉFONO:	3134441817
		CIUDAD:	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

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 párrafo 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				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLÉGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	0010006572

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 4968 2025	Nº CDP:	1185	Nº. CRP:		PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	27/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		31/07/2024		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 9.694.562

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025

VALOR A PAGAR
CORRESPONDIENTE AL
PERIODO OBJETO DE COBRO EN
(LETRAS Y NUMEROS)

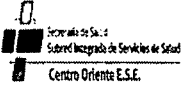
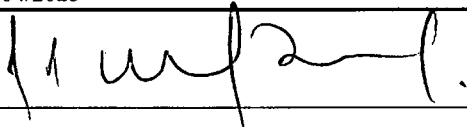
\$ 1.865.888

UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

Claudia P. Castro S.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ

CC: 52.309.403
CEL: 3134441817

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN 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			CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			52.309.403		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO 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 4968 2025		FECHA INICIO CONTRATO 27/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 2.644.718			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 9.694.562		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.865.888	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2 de 2		Nº CRP INICIAL: Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 478	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		CINCO (5) MESES Y VEINTE (20) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1071862213		OPERADOR: SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCION DE GESTION 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:		1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
VALOR ADICIONADO		\$ 7.049.844		ADICIÓN (1) PRÓRROGA (1)	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN: 1185		TIEMPO PRORROGADO: TRES (3) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	
FECHA DE LA PÓLIZA					
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS					
SE VERIFICA 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/04/2025 al 30/04/2025					
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			
					
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: LILIANA TELLEZ VALBUENA PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR			



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-11, 11:16:08 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1071862213

Periodo Cotización: marzo de 2025

Periodo Servicio: marzo de 2025

Referencia pago (PIN): 8823061444

PAGADO 10/04/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

razón Social	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
Documento	CC52309403	Dirección	KR91C 5A 46 SUR CASA 201
tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3134441817
tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

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	CCR	VET	SLU	UNE	UNC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	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
52309403	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.800	\$ 443.300





Entorno Hogar <apoyoehi.subredco@gmail.com>

Fwd: PSE - Transacción Aprobada CUS 1403523293

patricia castro <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>
Para: apoyoehi.subredco@gmail.com

11 de abril de 2025, 11:18 a.m.

Patricia Castro Sanchez
Digitadora Sub red Centro Oriente

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

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>

Date: jue, 10 de abr de 2025, 9:55 p. m.

Subject: PSE - Transacción Aprobada  CUS 1403523293

To: <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>

**¡Hola, Claudia Patricia Castro Sanchez!****Estado de la Transacción:****Aprobada ****Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor: \$ 443.300****Empresa:** SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S**Descripción:** Pago PSE. Ref:8823061444-202503-493589.
idTrans:493589**Fecha de la transacción:** 10/04/2025**CUS:** 1403523293

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.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual esta direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/quest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."