**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**
**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**
**FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**

**CÓDIGO: AP-IA-FT-077**
**VERSIÓN: 2**
**FECHA: 2024-09-16**

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

**JIMMY RICARDO ANGULO BARRERA**

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** | 1,013,608,631 |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA DE ALIMENTOS ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3804 2025 | | | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 35,059,728 | **PLAZO INICIAL DEL CONTRATO** | SEIS (6) MESES | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 36,192,157 | | | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6,032,072 |
| **N° DE INFORME:** | 6 | **N° CRP:** | 5518 | **N° CDP:** | 5 |
| **PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS** | SEIS MESES | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

**II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN** | **ADICIONES** | 1 | **PRORROGAS** | 0 | |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1,132,429 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **CRP DE LA ADICIÓN:** | 14253 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **CRP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

**III. POLIZAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?** | | **SI** | | **NO** | X |
| **N° DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | | | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | N/A | **FECHA DE APROBACIÓN:** | | | N/A |

| ÍTEM | IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes) |
|---|---|
| 1 | 1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades de planeación de los funcionarios con perfil de Ingeniero de Alimentos, Médico Veterinario, Técnico en Saneamiento Ambiental correspondientes para la ejecución del mes.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |
| 2 | 1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Consolidación y envío de cronograma del mes en curso.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo diligenciado de acuerdo al Censo establecido y complementario con el proyecto de Autorregulación |
| 3 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades de planeación de los funcionarios con perfil de Ingeniero de Alimentos, Medico Veterinario, Técnico en Saneamiento Ambiental, soportados con actas de reunión y correos electrónicos. Envío de metas al equipo de trabajo, recepción y revisión de actas de IVC, resultado de las visitas realizadas por los integrantes del equipo. Revisión de Ingeniero de la información al SIVIGILA para elaboración de informe de gestión, seguimientos de campo y demás actividades que requiera la coordinación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |

| | |
|---|---|
| 4 | 1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades de planeación de los funcionarios con perfil de Ingeniero de alimentos, Médico veterinario, Tecnólogo en Saneamiento Ambiental correspondientes al mes en ejecución, soportados con actas de reunión y correos electrónicos. Envío de metas al equipo de trabajo, recepción y revisión de actas de IVC resultado de las visitas realizadas por los integrantes del equipo, Ingeniero de información SISA para el informe de gestión, seguimientos de campo, demás actividades que requiera la coordinación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |
| 5 | 1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y conforme a los anexos y lineamientos técnicos que hagan parte de la relación contractual entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se da cumplimiento de las actividades programadas para el mes conforme a la necesidad de los lineamientos técnicos, al cronograma mensual y al Censo establecido por SDS.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos diligenciados conforme la necesidad del proceso en ejecución. |
| 6 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Lectura, apropiación y socialización de los lineamientos remitidos por la SDS a los funcionarios con el perfil de Ingeniero de alimentos, Médico veterinario, Tecnólogo en Saneamiento Ambiental correspondientes al mes de ejecución.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Acta de reunión de línea generada para el mes en curso |
| 7 | 1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollo de actividades de planeación de los funcionarios con perfil de Ingeniero de alimentos, Médico veterinario, Tecnólogo en Saneamiento Ambiental correspondientes al mes en ejecución, soportados con actas de reunión y correos electrónicos de acuerdo al lineamiento técnico. Envío de metas al equipo de trabajo, recepción y revisión de actas de IVC resultado de las visitas realizadas por los integrantes del equipo, Ingeniero de información SISA para el informe de gestión, seguimientos de campo, demás actividades que requiera la coordinación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |
| 8 | 1. OBLIGACIÓN: Diligenciar el 100% de la información en los tableros de control, indicadores y matrices que se generen y se soliciten en el proceso asignado.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Tableros de control, indicadores y matrices con diligenciamiento completo y acorde a la información requerida para le proceso.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivos diligenciados conforme la necesidad del proceso en ejecución. |
| 9 | 1. OBLIGACIÓN: Establecer los puntos de control para la planeación, implementación y seguimiento al plan de trabajo del equipo de la línea de intervención en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental, Gestión de la Salud Pública GSP y el Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas - PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Seguimiento en campo a los profesionales con el perfil de Ingeniero de Alimentos, Médico Veterinario y a los Tecnólogos en Saneamiento Ambiental, donde se refuerza los conceptos sanitarios con el usuario del establecimiento.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de seguimiento en campo |
| 10 | 1. OBLIGACIÓN: Orientar técnica y operativamente las actividades que adelante el equipo de la línea de intervención, subsistema, proyecto y/o estrategia del proceso transversal o entorno asignado, de acuerdo a su perfil profesional para el cumplimiento de los productos, actividades y/o metas establecidos en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: De acuerdo a los lineamineto técnicos se orientan las actividades de planeación de los funcionarios con perfil de Ingeniero de alimentos, Médico veterinario, Tecnólogo en Saneamiento Ambiental correspondientes al mes en ejecución, soportados con actas de reunión y correos electrónicos. Envío de metas al equipo de trabajo, recepción y revisión de actas de IVC resultado de las visitas realizadas por los integrantes del equipo, Ingeniero de información SISA para el informe de gestión, seguimientos de campo, demás actividades que requiera la coordinación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |
| 11 | 1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No hubo para el periodo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hubo para el periodo |
| 12 | 1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Organización de soportes mensuales diligenciados por los profesionales y tecnólogos a cargo para el proceso de auditoria con una anterior verificación en pre auditoría.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas organizadas en cajas por mes y punto critico realizado |
| 13 | 1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: No hubo para el periodo.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): No hubo para el periodo |
| 14 | 1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza preauditoría de los soportes entregados durante el mes.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes de las actividades ejecutadas cargados al drive de la localidad |
| 15 | 1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.<br>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Disposición y elaboración de las tareas asignadas durante el mes por el jefe del área y demás actividades que requiera la coordinación.<br>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Archivo de Excel enviado al correosanitaria@subredcentrooriente.gov.co |

## V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA: | 1072609097 | OPERADOR: | SIMPLE |

| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|
| SALUD: | FAMISANAR | 12/05/2025 | $ 330,000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 12/05/2025 | $ 422,300 |
| RIESGOS LABORALES: | BOLIVAR | 12/05/2025 | $ 64,300 |
| OTRO | CCF COLSUBSIDIO | 12/05/2025 | $ 52,800 |
| TOTAL PAGADO | | | $ 869,400 |

## 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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, 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.

## 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: JIMMY RICARDO ANGULO BARRERA**
**CC: 1,013,608,631**
**CEL 3133663006**

**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: 31/05/2025** | | | |
| **NOMBRES Y APELLIDOS:** | JIMMY RICARDO ANGULO BARRERA | **CC:** | 1,013,608,631 |
| | | **RUT (NIT):** | 1013608631-7 |
| **CORREO ELECTRÓNICO:** | jimrish_14@hotmail.com | **TELÉFONO:** | 3133663006 |
| **DIRECCIÓN DOMICILIO:** | CL 18 SUR 28 74 CA 3 | **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 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:** | 0550008400858224 |
| **NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)** | | | | | |

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **N° DEL CONTRATO:** | PS 3804 2025 | **N° CDP:** | 5 - 1147 | **N°. RP:** | 5518 - 14253 | PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES |
| **FECHA DE INICIO CONTRATO:** | 01/01/2025 | **FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:** | 30/06/2025 | | | TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 36,192,157 |
| **PERIODO OBJETO DE COBRO:** | DEL 01/05/2025 AL 31/05/2025 | | | | | |
| **VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)** | $ 6,032,072 | | | | | |
| | SEIS MILLONES TREINTA Y DOS MIL SETENTA Y DOS PESOS | | | | | |

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JIMMY RICARDO ANGULO BARRERA**
**CC:** 1,013,608,631
**CEL:** 3133663006

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**<br>**APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN**<br>**FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION** | **CÓDIGO: AP-IA-FT-078**<br>**VERSIÓN: 2**<br>**FECHA: 2024-09-16** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. Y** | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA** | JIMMY RICARDO ANGULO BARRERA | | | | |
| **NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | 1,013,608,631 | | | | |
| **I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | |
| **OBJETO DEL CONTRATO:** | PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN INGENIERIA DE ALIMENTOS ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. | | | | |
| **CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** | PS 3804 2025 | **FECHA INICIO CONTRATO** | 01/01/2025 | | |
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | $ 35,059,728 | | | | |
| **VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** | $ 36,192,157 | **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** | $ 6,032,072 | | |
| **N° PAGO / N° DE INFORME:** | 6 de 6 | **N° CRP INICIAL:** | 5518 | **N° CDP INICIAL DEL CONTRATO** | 5 |
| **PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** | SEIS MESES | | | | |
| **N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** | 1072609097 | **OPERADOR:** | SIMPLE | | |
| **PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:** | GSP PSPIC - VSA | | | | |
| **UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** | 6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO | | | | |
| **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** | LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES** | | | | | | | |
| **N° DE MODIFICACIÓN:** | 1 | **TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):** | | | | ADICIÓN (1) | PRÓRROGA (0) |
| **VALOR ADICIONADO** | $ 1,132,429 | **CDP DE LA ADICIÓN:** | 1147 | **RP DE LA ADICIÓN:** | 14253 | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |
| **VALOR ADICIONADO** | | **CDP DE LA ADICIÓN:** | | **RP DE LA ADICIÓN:** | | **TIEMPO PRORROGADO:** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **III. POLIZAS (SI APLICA)** | | | |
| **N° DE PÓLIZA:** | N/A | **NOMBRE DE LA ASEGURADORA:** | N/A |
| **FECHA DE LA PÓLIZA** | N/A | **ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:** | N/A |

## 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 **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/05/2025 al 31/05/2025

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

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:
JAVIER RICARDO PEÑUELA PEREZ
PERFIL:
PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-05-12, 09:05:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1072609097

**Periodo Cotización:** abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025

**PAGADO 12/05/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JIMMY RICARDO ANGULO BARRERO | | |
| **Documento** | CC1013608631 | **Dirección** | CL 18 SUR #28 - 74 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3133663006 |
| **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 | RETP | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | 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 1013608631 | JIMMY RICARDO ANGULO BARRERO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (231001) COLFONDOS | $ 2.639.315 | $ 422.300 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 2.639.315 | $ 330.000 | 2,436 | $ 2.639.315 | $ 64.300 | (CCF22) COLSUBSIDIO | $ 2.639.315 | $ 52.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 869.400 |

## 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 Favór) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 2.639.315 | $ 2.639.315 | $ 2.639.315 | $ 2.639.315 | $ 422.300 | $ 330.000 | $ 64.300 | $ 52.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 869.400 | $ 2.000 | $ 871.400 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

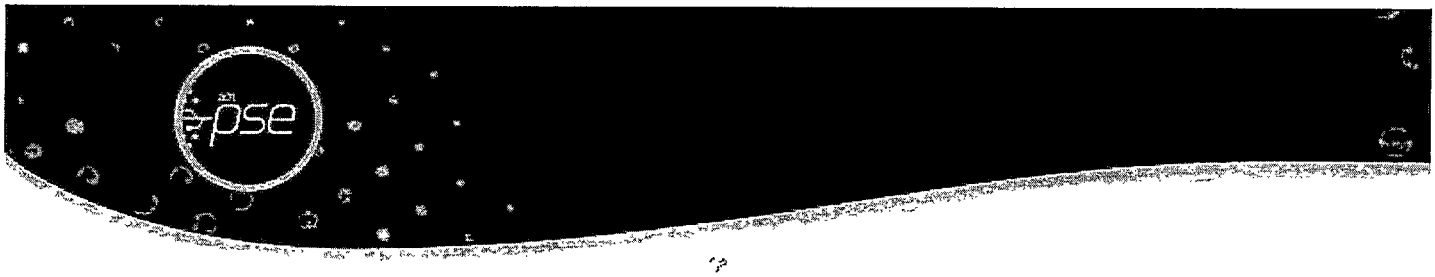
¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Outlook

**PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1475007818**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Lun 12/05/2025 9:01 AM
Para jimrish_14@hotmail.com <jimrish_14@hotmail.com>




## ¡Hola, Jimmy Ricardo Angulo Barrero!

**Estado de la Transacción:** Aprobada

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

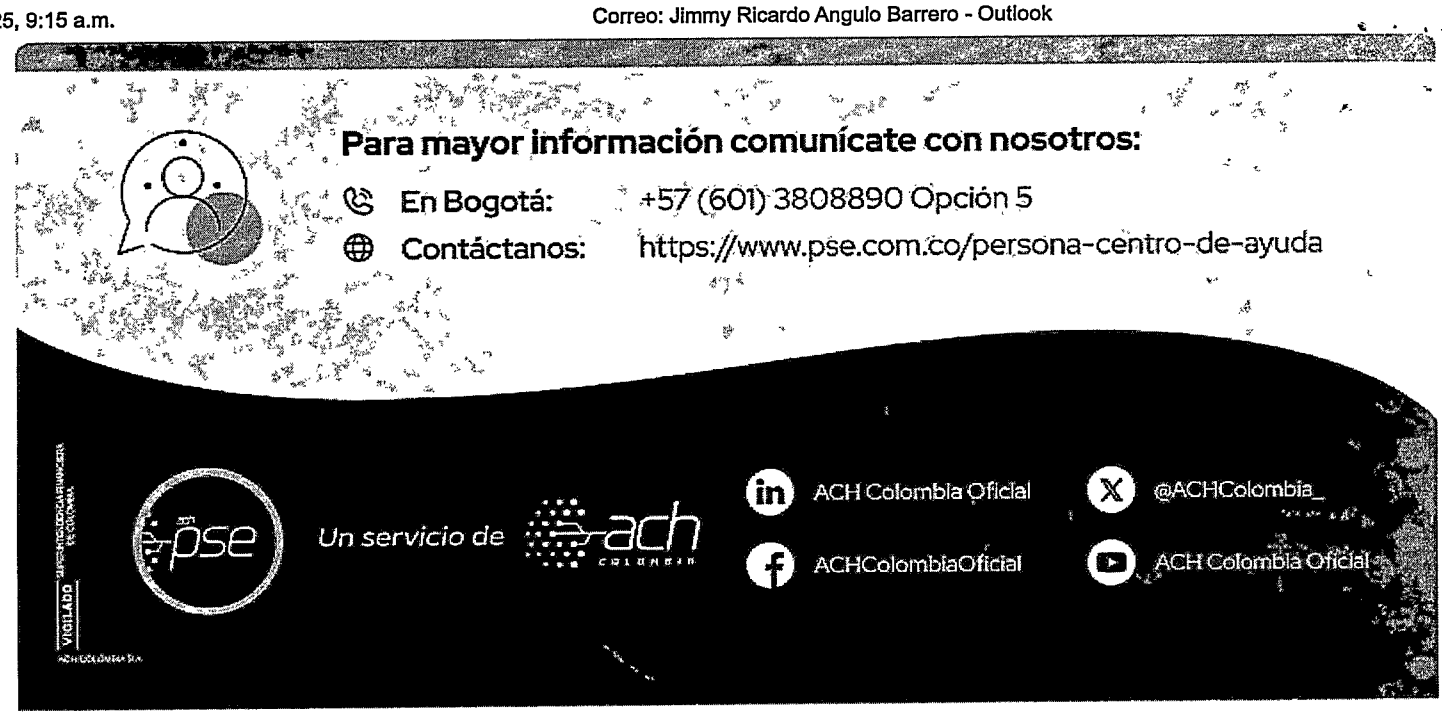
**Valor:** $ 871.400
**Empresa:** SIMPLE OI
**Descripción:** Pago de Seguridad Social
**Fecha de la transacción:** 12/05/2025
**CUS:** 1475007818

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta 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 está 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/guest/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."