	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

JEIMY NATALY RUGE BEJARANO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,030,574,919				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4092 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	SEIS (6) MESES		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30,229,285	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,813,866		
N° DE INFORME:	10	**N° CRP:**	5778	**N° CDP:**	5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	2	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO	$ 894,012	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**CRP DE LA ADICIÓN:**	14522	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,656,889	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1457	**CRP DE LA ADICIÓN:**	16786	**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** **(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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Alistamiento y caracterización de la IEC, activación de rutas, reporte y gestión de iec efectivas, fallidas y descartadas, diligenciamiento de formatos, ajustes en el aplicativo con técnico del subsistema, participación en reuniones de fortalecimiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Carpetas con fichas de captura, formatos de seguimiento, consentimientos informados, canalizaciones y anexos, que reposan en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte, ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se proyecta cronograma mensual y se ajusta diariamente según las actividades logradas y/o cumplidas. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Se realiza entrega en fisico a la lider del proceso el cual reposara en el fuid respectivo de cada mes y los soportes en medio magnético se encuentran almacenados en la ruta\\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_PRODUCTOS_GESTION\22. PREAUDIT_MES_A_MES
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se presentan soportes de Investigaciones Epidemiológicas de Campo acordes a la signacion realizada en las localidades correspondientes a Sub Red Integrada de servicion en salud Centro Oriente, Localidades Rafael Uribe Uribe, Los Martires, Candelaria, Santa Fe, Antono Nariño, San Cristobal. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta SIVIGILA2025 - IEC, servidor en USS Bello Horizonte. rua \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS

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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Recepción de fichas de notificación, seguimientos telefónicos, búsqueda y verificación de datos, seguimiento presencial, aplicación de instrumentos, activación de rutas institucionales o intersectoriales, elaboración de informes, organización de carpetas, cierre de casos, reporte de ajustes en aplicativo con técnico del subsistema y participación en las reuniones de fortalecimiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta SIVIGILA2025 - IEC, servidor en ruta \\172.26.33.40\sivigila2024$\250_46_8_SALUD_MENTAL
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se lleva a cabo la lectura y apropiación de los lineamientos, así como la participación en reuniones de equipo que refuerzan la comprensión conceptual del lineamiento técnico. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte SIVIGILA2025 - Area de Epidemiología. ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_LINEAMIENTOS
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Búsqueda de los eventos prioritarios en salud mental, notificados al SIVIGILA. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte SIVIGILA2025 - Area de Epidemiología - Salud Mental.
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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se asiste a las reuniones programadas por el area de salud mental./ Se realizan asistencias tecnicas a Unidadades Informadoras -UI 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte . ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
8	1. OBLIGACIÓN: Realizar las intervenciones epidemiológicas de campo, y demás actividades requeridas en los lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: En los casos de salud mental, se lleva a cabo el diligenciamiento y revisión de los formatos, documentos, bases e informes, garantizando su calidad y veracidad 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
9	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se llevan a cabo Investigaciones Epidemiológicas de Campo en las localidades de Rafael Uribe Uribe, Los Mártires, La Candelaria, Santa Fe, Antonio Nariño y San Cristóbal, las cuales son parte de la proyección y ejecución mensual de la meta programada. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte - Area de Epidemiología. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte SIVIGILA 2025 - Area de Epidemiología- Salud Mental.
11	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reunion trasversal. Fortalecimiento capacidades primera sesion conceptos claves del nuevo modelo de educacion en Salud Pública. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta\\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
12	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. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realiza una revisión detallada y puntual, junto con la preparación de los productos necesarios, para asegurar el cumplimiento de las obligaciones contractuales. Estas acciones se llevan a cabo según la normativa vigente y los procesos establecidos. Se verifican los estándares de calidad y su alineación con los requisitos legales y técnicos, asegurando que cada producto cumpla con las especificaciones definidas. Además, se fomenta una coordinación eficiente entre los involucrados, con el fin de optimizar tiempos, reducir riesgos y garantizar la entrega de los resultados dentro de los plazos establecidos. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Documentación que se encuentra en la ruta \\172.26.33.40\sivigila2025$\250.46.3IEC\3_SISVECOS
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se realizan entrega de obligaciones adicionales como formatos de cuentas de cobro, preauditoria e informe de actividades. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Soportes en los aplicativos y/o carpetas destinados para este proceso encontradas en el servidor que se encuentra en la USS Bello Horizonte SIVIGILA2025 - Area de Epidemiología. \\172.26.33.40\sivigila2025$\250_46_8_SALUD_MENTAL\1.GESTION_INFORMACION

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1073327642	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	11/06/2025	$ 287,500
PENSIÓN:	PORVENIR	11/06/2025	$ 368,000
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/06/2025	$ 56,100
OTRO			
	TOTAL PAGADO		$ 711,600

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

Nataly Ruge

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEIMY NATALY RUGE BEJARANO
CC: 1,030,574,919
CEL 3107515394

	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: 30/06/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JEIMY NATALY RUGE BEJARANO	**CC:**	1,030,574,919
		RUT (NIT):	1030574919-6
CORREO ELECTRÓNICO:	rugenataly13@gmail.com	**TELÉFONO:**	3107515394
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 77 8 B 25	**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 FINANDINA	**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	9900520450
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 4092 2025	**N° CDP:**	5 - 1147 - 1457	**N°. RP:**	5778 - 14522 - 16786	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: $ 30,229,285
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/06/2025 AL 30/06/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4,813,866					
	CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TRECE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS					

Nataly Ruge

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JEIMY NATALY RUGE BEJARANO

CC: **1,030,574,919**

CEL: **3107515394**

	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	JEIMY NATALY RUGE BEJARANO				
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,030,574,919				
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN PSICOLOGIA 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 4092 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 30,229,285	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,813,866		
N° PAGO / N° DE INFORME:	10 de 10	**N° CRP INICIAL:**	5778	**N° CDP INICIAL DEL CONTRATO**	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1073327642	**OPERADOR:**	SIMPLE		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - VSP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6BH CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	MARIA CRISTINA DUARTE GARZON PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES							
N° DE MODIFICACIÓN:	2	**TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):**				ADICIÓN (2)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	$ 894,012	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1147	**RP DE LA ADICIÓN:**	14522	**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO	$ 1,656,889	**CDP DE LA ADICIÓN:**	1457	**RP DE LA ADICIÓN:**	16786	**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 01/06/2025 al 30/06/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: MARIA CRISTINA DUARTE GARZON CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 29
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: ANA MILENA ORREGO VEGA PERFIL: PROFESIONAL ESPECIALIZADO 3

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-11, 02:18:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073327642

Periodo Cotización: mayo de 2025 **Periodo Servicio:** mayo de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823213820

PAGADO 11/06/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YEIMY NATALY RUGE BEJARANO		
Documento	CC1030574919	**Dirección**	CARRERA 77 8 B - 25
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107515394
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

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	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 1030574919	JEIMY NATALY RUGE BEJARANO	59	00								X									0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.300.000	$ 368.000	(EPS010) EPS SURA	$ 2.300.000	$ 287.500	2,436	$ 2.300.000	$ 56.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 711.600

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
$ 2.300.000	$ 2.300.000	$ 2.300.000	$ 0	$ 368.000	$ 287.500	$ 56.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 711.600	$ 2.400	$ 714.000

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.

Gmail johana diaz <jovanitadiaz@gmail.com>

Fwd: PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1546963344

1 mensaje

LUZ MERY TOBAR ARIAS <merymichell@gmail.com> 11 de junio de 2025, 20:52
Para: johana diaz <jovanitadiaz@gmail.com>

Cordialmente,
LUZ MERY TOBAR
TÉCNOLOGO EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

---------- Mensaje reenviado ---------
De: **Nataly Ruge** <rugenataly13@gmail.com>
Fecha: El mié, 11 jun. 2025 a la(s) 2:00 p.m.
Asunto: Fwd: PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1546963344
Para: LUZ MERY TOBAR ARIAS <merymichell@gmail.com>

---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: mié, 11 jun 2025 a la(s) 1:56 p.m.
Subject: PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1546963344
To: <rugenataly13@gmail.com>

pse

¡Hola, JEIMY NATALY RUGE BEJARANO!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 714.000

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823213820-202505-669455. idTrans:669455

Fecha de la transacción: 11/06/2025

CUS: 1546963344

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.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda