

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

**MICHEL CHIVATA PEÑA**

CON C.C.N°

1.026.306.699

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5141 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	31/03/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 1.230.132	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.630.509	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	2,539,936
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	CUATRO (4) MESES (4) CUATRO DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		

**II. 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)**

<b>ITE M</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES</b>
1	ASISTIR A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO
3	SE REALIZA CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPEZ 06 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIAOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA, Y TRUENO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

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

ITE M	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 ( 01/07/2025) AL (31/07/2025)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074113283	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>
<b>SALUD:</b>	<b>SALUD TOTAL</b>	16/07/2025	\$ 178.000
<b>PENSIÓN:</b>	<b>PORVENIR</b>	16/07/2025	\$ 227.800
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	<b>SURA</b>	16/07/2025	\$ 34.700
<b>OTRO</b>			\$ -
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</b>

**V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA**

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo 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 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, 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.

**VI. ANEXOS**

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 MICHEL CHIVATA PEÑA CC No 1026306699
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 LILIANA TELLEZ VALBUENA SUPERVISOR ALTERNO
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>	 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO

DATOS DEL CONTRATISTA			
<b>FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025</b>			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MICHEL CHIVATA PEÑA	CC:	1026306699
CORREO ELECTRÓNICO:	MICHEL.21CHIVATA@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3043264352
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 3 A 7 17 ESTE	CIUDAD:	BOGOTA
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		( )	
<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 p</p>			
<b>Régimen Simple De Tributación</b> : 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:	DAVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	550488431019907
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 5141 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2,539.936
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		
<p> <u>Michel Chivata Peña</u>            MICHEL CHIVATA PEÑA            C.C 1026306699            Cel: 3043264352         </p>			

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-16, 11:59:05 AM

Tipo Planilla: f: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074113283

Periodo Cotización: junio de 2025

Periodo Servicio: junio de 2025

**PAGADO 16/07/2025**

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	MICHEL CHIVATA PEÑA	<b>Dirección</b>	DG 3A #7 - 17 ESTE
<b>Documento</b>	CC1026306699	<b>Teléfono</b>	3043264352
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Identificación</b>	
<b>Representante Legal</b>		<b>ARP</b>	ARL SURA
<b>Total Afiliados</b>	1		

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IBC	RET	SEL	YAE	TAE	TAP	VSP	COR	VST	RGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBP	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 1026306699	MICHEL CHIVATA PEÑA	59	00	X															0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 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	\$ 0	\$ 440.500



**PSE - Transacción Aprobada**  **CUS 1632427562**

mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: michel.chivata22@gmail.com

mié, 16 de jul de 2025 a la hora 11:55 a. m.



**¡Hola, Michel chivata peña !**

**Estado de la Transacción:** **Aprobada**

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

**Valor:** \$ 440.500

**Empresa:** SIMPLE OI

**Descripción:** Pago de Seguridad Social

**Fecha de la transacción:** 16/07/2025

**CUS:** 1632427562

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.