Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

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

CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ

		CON C.C Nº	52.309.403	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5584 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	29/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$ 5.248.798**	**No. HORAS EJECUTADAS**	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$ 5.248.798**		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	**$ 2.539.936**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	DOS (2) MESES Y DOS (2) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		

ITEM	**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)**
1	ENTREGA Y RECEPCION DE INSUMOS BIOMEDICOS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES.
2	ENTREGA DE INSUMOS DE PROTECCON PERSONAL AL TALENTO HUMANO DEL EQUIPO EBEH.
3	RECEPCION DE CUENTAS DE COBRO DEL MES EN CURSO
4	REALIZACION DE LA PLANILLA DE CUENTAS DE COBRO Y CERTIFICACION EN EL APLICATIVO MODULO DE CONTRATACION MENSUALMENTE.
5	ALISTAMIENTO DE INSUMOS Y LOGISTICA PARA LAS JORNADAS PORGRAMADAS POR LA SDS.
6	ORGANIZACIÓN DE PAPELERIA E INSUMOS PARA EL USO DIARIO DE LOS EQUIPOS EN CAMPO.
7	REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTON DOCUMENTAL, ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO Y REGISTRO FUID.
8	PROGRAMACION DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE INSUMOS BIOMEDICOS CON LOS INGENIEROS A CARGO.
9	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS POR LOS LIDERES OPERATIVOS
10	REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONVENIO ASIGNADAS DOR LIDERES OPERATIVOS

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.

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

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1073340238	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR**
SALUD:	**SANITAS**	13/07/2025	**$ 178.000**
PENSIÓN:	**COLPENSIONES**	13/07/2025	**$ 227.800**
RIESGOS LABORALES:	**BOLIVAR**	13/07/2025	**$ 34.700**
OTRO	**MORA**	13/07/2025	**$ 3.500**
	TOTAL PAGADO		**$ 444.000**

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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Claudia P. Castro S CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ CC No 52.309.403
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**LILIANA TELLEZ ALBUENA** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**LORENZA BECERRA CAMARGO** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	**CC:**	52309403
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciacastrosanchez1975@gmail.com	**TELÉFONO:**	3134441817
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91 C 5A 46 SUR	**CIUDAD:**	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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:	**DAVIVIENDA**	**TIPO DE CUENTA:**	***AHORROS***	**N° CUENTA:**	***10006572***

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 5584 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 2.539.936**
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/05/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	31/07/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025		

Claudia P. Castro S.

CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ
C.C 52.309.403
Cel: 3134441817

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-14, 05:29:42 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1073340238

Periodo Cotización: junio de 2025 **Periodo Servicio:** junio de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823061444

PAGADO 13/07/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. 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

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 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	$ 3.500	$ 444.000

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 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

Entorno Hogar <apoyoehi.subredco@gmail.com>

Fwd: PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1624891452

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

14 de julio de 2025, 7:54 a.m

Patricia Castro Sanchez
Digitadora Sub red Centro Oriente

---------- Forwarded message ---------
De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: dom, 13 de jul de 2025, 2:45 p. m.
Subject: PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1624891452
To: <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>

¡Hola, Claudia Patricia Castro Sanchez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 444.000

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823061444-202506-778240. idTrans:778240

Fecha de la transacción: 13/07/2025

CUS: 1624891452

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 informacion contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de caracter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje esta 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."