

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO**

CON C.C. Nº 53.016.869

<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS COMO APOYO 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 4635 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	11/02/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 10.456.212	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	N/A
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 36.351.535	<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 5.396.904
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO CODIGO 009 GRAD09 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>ITEM</b>	<b>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>
1	PAGO DE HONORARIOS POR UN VALOR DE \$ 5.396.904 PISOS
2	REALIZAR LA REVISIÓN, PREAUDITORIA Y VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS DE SESIONES COLLECTIVAS, ACTAS, INFORMES, FORMATO DE FIRMA DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DE FAMILIAS AFRO
3	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES EMERGENTES DE LA COMUNIDAD INDÍGENA EMBERÁ, JORNADA DE REUBICACIÓN, MESA DE SALUD, SEGUIMIENTO A INSUMOS ANCESTRALES DE LA COMUNIDAD ÉTNICA DIFERENCIAL.
4	APOYO A LA PROGRAMACIÓN DE LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS POR CADA LÍNEA DE ACCIÓN Y COMPONENTE CON EL FIN DE CORROBORAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES.
5	SE REVISÓ LAS DIFERENTES BASES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES E INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERA Y AFRO EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO.
6	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS
7	INFORME DE JORNADAS DE SALUD, INFORME MENSUAL DE LA EJECUCIÓN TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS PRODUCTOS QUE MUESTRAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMAS PARA EL CONVENIO
8	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO AL EQUIPO ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ EN LAS DIFERENTES ACCIONES REALIZADAS EN LA UPI LA RIOJA, PARQUE NACIONAL, ALBERGUES Y KILOMBOS
9	SE APOYO EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONVENIO DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR, AL IGUAL SE REALIZO INFORME CUALITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS
10	SE REALIZO SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN, ACORDE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE.

**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 ( 01/08/2025 ) AL (31/08/2025)

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

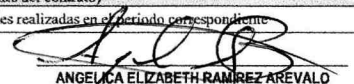
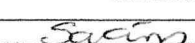

<b>Nº. DE PLANILLA:</b>	1074871239	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
<b>SALUD:</b>	SANITAS	14/08/2025	\$ 269.700
<b>PENSION:</b>	PORVENIR	14/08/2025	\$ 345.300
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	BOLIVAR	14/08/2025	\$ 52.600
<b>OTRO</b>	CCF COMPENSAR	14/08/2025	\$ 13.000
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 680.600</b>

**V. 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 ítem 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO CC No 53016869
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>	 SANDRA YANNETH CONTRERAS PENALOSA 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			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		CC: 53016869
CORREO ELECTRÓNICO:	anramirez1312@gmail.com		TELÉFONO: 3153066646
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 SUR 79 F 14		CIUDAD: BOGOTÁ
<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 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.</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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 003800217915
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4635 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.396.904
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		
			
<b>ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO</b> C.C 53016869 Cel: 3153066646			

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-14, 06:00:16 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1074871239

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

**PAGADO 14/08/2025**

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		
<b>Documento</b>	CC53016869	<b>Dirección</b>	CLL 51 SUR 79 F 14 BLQ P1 INT 5 APTO 201
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	3153066646
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	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	NET	PRE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CDR	VST	SEN	ISE	MA	VA	AV	VST	RP	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 53016869	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO	59	00																		0	30	30	30	(230301) PORVENIR	\$ 2.157.562	\$ 345.300	(EPG003) EPS SANITAS	\$ 2.157.562	\$ 269.700	2,135	\$ 2.157.562	\$ 52.600	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 2.157.562	\$ 13.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 680.600

### 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
\$ 2.157.562	\$ 2.157.562	\$ 2.157.562	\$ 2.157.562	\$ 345.300	\$ 269.700	\$ 52.600	\$ 13.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 680.600	\$ 0	\$ 680.600



Referencia 1 172.29.10.57  
Referencia 2 CC  
Referencia 3 53016869

Costo de la transacción  
\$ 0,00 IVA incluido

Valor transacción  
\$ 680.600,00

Dirección IP  
191.89.221.193

Número de aprobación  
00051505

Fecha  
14/08/2025

Motivo  
Pago de Seguridad Social

Destino de pago  
SIMPLE 01

Código único CUS  
1700051505

Resultado de su transacción

Pago PSE