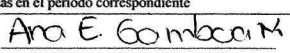
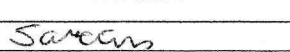
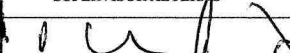
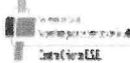


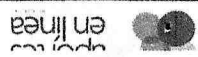
<div>  <div> <p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</p> <p>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</p> </div> <div> <p>CÓDIGO: AP-IA-PT-077 VERSIÓN: 2</p> <p>FECHA: 2025-06-09</p> </div> </div>			
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO			
CON C.C.N°		52.179.713	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 4646 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	140
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.103.296	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.932.560
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTE (20) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 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	OBSERVACION I, COBRO DE 140 HORAS DE SALDO PENDIENTE POR UN VALOR DE \$ 1,932,560 PESOS		
2	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS		
3	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE REGISTRO EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A 85 FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
4	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL		
5	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
6	SE REALIZA CARACTERIZACIÓN DE LA BASE DE RUTEO RBC EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS		
7	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE		
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR		
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA		
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 cláusula "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:	9487876770	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	FAMISANAR	11/07/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	11/07/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	11/07/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	11/07/2025	\$ 2.300
TOTAL PAGADO			\$ 442.800
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 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 cps, 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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO CC No 52179713	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

<div>  <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09 </div> </div>			
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025 ✓			
NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO	CC:	52179713
CORREO ELECTRÓNICO:	anaegambo9397@gmail.com	TELÉFONO:	3214529221
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69C BIS 78 38 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:	BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		N° CUENTA:	550488414894714
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	PS 4646 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.932.560
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/07/2025 AL 31/07/2025 ✓		
<div>  </div> <div> ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO C.C 52179713 Cel: 3214529221 </div>			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Cludad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bts 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-06	2025-06	1619547021	9487876770	1	2025/07/03	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	8	\$442,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900	
TOTAL				1	\$440,500	\$2,300	\$0	\$442,800	



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Planilla	Pago	Limite	Pago	Valor
2025-06	2025-06	1619547021	9487676770	I		2025/07/03	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	\$442,800
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO									
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
1	CC	52179713	GAMBOA ANA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5017	30
Total Afiliados (1)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0

PARAFISCALES									
EMPLEADO			PENSION			SALUD			CCF
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0
1	CC	52179713	GAMBOA ANA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EP5017	30
Total Afiliados (1)			\$1,423,500	\$227,800	\$1,423,500	\$178,000	\$0	\$0	\$0



PSE - Transacción Aprobada  **CUS 1619547021**

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: anaegamboa9397@gmail.com

jue, 10 de jul de 2025 a la hora 7:29 p.



¡Hola, Ana Elvira Gamboa Maldonado !

Estado de la Transacción: **Aprobada** 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 442.800

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9487876770

Fecha de la transacción: 10/07/2025

CUS: 1619547021

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.



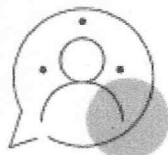
Cambia tus contraseñas con regularidad.



Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.



Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

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

VIOLADO
SUPLENTE DE GARANTÍA
ACH COLOMBIA S.A.



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

"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."