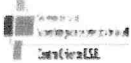
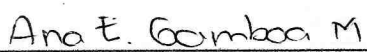


<small>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</small> <small>FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN</small>				<small>CÓDIGO: AP-IA-FT-077</small> <small>FECHA: 2025-06-09</small>	
CELEBRADO ENTRE 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	40	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 20.103.296	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 552.160	
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 GRAD00 05		
II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO <small>(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)</small>					
ITEM					
1	OBSERVACION 1, COBRO DE 40 HORAS DE HORAS ADICIONALES POR UN VALOR DE \$ 552,160 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 LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 127 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL				
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	SE REALIZA CARACTERIZACION 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 ibe 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, 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.					
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 E. Gamboa M ANA ELVIRA GAMBOA MALDONADO CC No 52179713			
FIRMA DE QUIEN VALIDA		Sandra Yanneth Contreras Peñalosa SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		Lorena Becerra Camargo LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

<div>  <div> 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 </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:	anaegamboa9397@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 Nº CUENTA: 550488414894714
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4646 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 552.160
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	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 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
2025-06	2025-06	1619547021	9487876770	I	2025/07/03	2025/07/11	BANCO DAVIVIENDA	8
								\$442,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 52179713	GAMBOA ANA	230201	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS017	30	\$1,423,500	\$178,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENAE	ICBF
CC 52179713		GAMBOA MALDONADO ANA ELVIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 69c bis 78 38 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214529221	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	1619547021	1	2025/07/03	2025/07/11	BANCO DAVIVENDA	8	\$442,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
--------	--------	-----	----	-----------	-----------------	----------------	------------------------	---------------

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)	230201	800,229,739	0	1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
PROTECCION				1	\$227,800	\$1,200	\$0	\$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
ARL SURA				1	\$34,700	\$200	\$0	\$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)	EPS017	830,003,564	7	1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
FAMISANAR				1	\$178,000	\$900	\$0	\$178,900
TOTAL				1	\$440,500	\$2,300	\$0	\$442,800

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.

