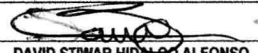

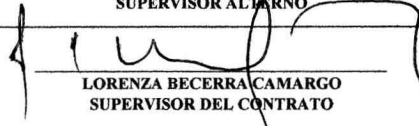
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E			
DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO			
CON C.C N°		1.021.662.702 ✓	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE GESTION 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 4676 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/2/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.075.008	No. HORAS EJECUTADAS	184 ✓
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 11.821.776	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.587.368 ✓
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES Y VEINTIÚN (21) 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	ALISTAMIENTO Y DEFINICIÓN DE TERRITORIOS PARA AVANZADA. ACTAS Y ENTREGABLES DE TRABAJO REALIZADAS CON EL GEOGRAFO DE LOS EBEH Y PLAN DE ACCIONES DEL ACERCAMIENTO A LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS.		
2	ACTUALIZAR DIARIAMENTE CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES CON SUS RESPECTIVAS DIRECCIONES Y COMPLEMENTOS ADICIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO		
3	PRESENTAR SOPORTES COMO ACTAS DE ACERCAMIENTO A TERRITORIOS PRIORIZADOS, DIRECTORIO DE ACTORES SECTORIALES E INTERSECTORIALES IDENTIFICADOS		
4	ASISTIR A LOS ENCUENTROS PROGRAMADOS DE CAPACITACIÓN Y APROPIACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS EN FALENCIA COMO APORTE PARA EL MEJORAMIENTO		
5	ASISTIR A REUNION DE EQUIPO MENSUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO, ARTICULACIÓN CON OTROS ESPACIOS Y ENTORNOS.		
6	ASISTIR A LOS ESPACIOS PROGRAMADOS COMO REQUERIMIENTO POR LA SDS Y LA SUBRED PARA LA ACTUALIZACIÓN EN NUEVOS CONOCIMIENTOS Y APROPIACIÓN		
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS		
8	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS		
9	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		
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 01/08/2025 AL 31/08/2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074010406 ✓	OPERADOR:	SIMPLE ✓
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	12/8/2025 ✓	\$ 178.000
PENSIÓN:	PROTECCION	12/8/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	12/8/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	12/8/2025	\$ 2.600
TOTAL PAGADO			\$ 443.100 ✓
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 ibr 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 y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO CC No 1021662702		
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		

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025 ✓

NOMBRES Y APELLIDOS:	DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO	CC:	1021662702
CORREO ELECTRÓNICO:	HIDALGODAVID2004@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3154380213
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 112 S 8A 26 E	CIUDAD:	BOGOTÁ DC

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:	NU BANK	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	45425103
---------------------------------	---------	------------------------	---------	-------------------	----------

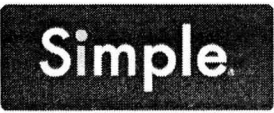
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 4676 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.587.368 ✓
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/2/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/8/2025 ✓
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓		



DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO

C.C 1021662702
Cel: 3154380213



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 04:42:21 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074010406

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8822611942

PAGADO 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO		
Documento	CC1021662702	Dirección	CL 112 SUR #8 A - 26 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3154380213
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novidades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales		Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Subtipo Cotización	ING	RET	TE	TAE	TDP	TAP	VSP	COE	SE	SA	UE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días VPS	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		
CC1021662702	DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO	59	00																0	30	30	0	(230201) PROTECCION	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EP8017) FAMILIAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 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	\$ 2.600	\$ 443.100





nu

¡Listo! Hiciste tu pago

12 ago 2025, 20:16

Pago en:

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción:

Pago PSE. Ref:8822611942-202507-868749. idTrans:868749

La cantidad de:

\$443.100,00

Impuesto del 4X1.000 de:

\$0,00

Impuesto IVA:

\$0,00

Fecha de transacción:

12/08/2025

CUS:

1697351461

Número de referencia 1:

02

Número de referencia 2:

900097333

Número de referencia 3: