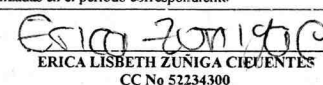
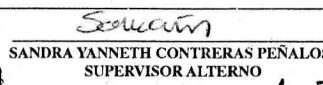


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ERICA LISBETH ZUÑIGA CIFUENTES					
CON C.C Nº				52234300	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESENTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 4747 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 20.292.334	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR.	\$ 3.057.957		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES (6) 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 1 VALOR INSUMOS ANCESTRALES \$ 524.552				
2	OBSERVACION 2 VALOR HONORARIOS \$ 2.533.405				
3	REALIZAR RECORRIDOS DIARIOS EN LOS PUNTOS DE ASENTAMIENTO PARA IDENTIFICACION DEL RIESGO, FAMILIAS NUEVAS				
4	DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA, CON ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD				
5	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD PRIORIZADAS EN LA COMUNIDAD				
6	DILIGENCIAR LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION				
7	REALIZAR SEGUIMIENTO POST EGRESO HOSPITALARIO				
8	REALIZAR DEMANDA INDUCIDA PARA LAS JORNADAS DE SALUD, CITAS MEDICAS, RUTA DE LA SALUD				
9	APOYAR CON LABORES ADMINISTRATIVAS				
10	SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD DE LOS USUARIOS				
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.					
	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					
No. DE PLANILLA:	1074009662		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO		VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		13/08/2025		\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR		13/08/2025		\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR		13/08/2025		\$ 34.700
OTRO	MORA		13/08/2025		\$ 2.600
					\$ 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 fotograficas/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 ERICA LISBETH ZUÑIGA CIFUENTES CC No 52234300		
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:	ERICA LISBETH ZUÑIGA CIFUENTES	CC:	52234300
CORREO ELECTRÓNICO:	ericazunigacifuentes@gmail.com	TELÉFONO:	3104647275
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 61 SUR 1 C 50 ESTE	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.

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:	4870422310
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4747 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.057.957
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Erica Zuniga C

ERICA LISBETH ZUÑIGA CIFUENTES

C.C 52234300

Cel: 3104647275

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 03:13:58 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1074009662

Periodo Cotización:

julio de 2025

Periodo Servicio:

julio de 2025

Referencia pago (PIN):

8836714400

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA LISBETH ZUNIGA CIFUENTES		
Documento	CC52234300	Dirección	CL 65 SUR #1 C - 50 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3104647255
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	IDE	IDE P	YAP	VAP	COR	WET	WET P	LUM	VAC	AVP	VCT	Dias ARP	Dias EPS	Dias ASP	Dias 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 52234300	ERICA LISBETH ZUÑIGA CIFUENTES	59	00															0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 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	\$ 2.600	\$ 443.100



PSE - Transacción Aprobada **CUS 1698871022**

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Fecha Mié 13/08/2025 2:53 PM

Para heydi-igua94@hotmail.com <heydi-igua94@hotmail.com>



¡Hola, Heydi igua!

Estado de la Transacción: 

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 443.100

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8836714400-202507-871358.
idTrans:871358

Fecha de la transacción: 13/08/2025

CUS: 1698871022

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.