

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AF-IA-FT-077 VERSION: 2 FECHA: 30/06/2025		
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>						
<b>MICHEL CHIVATA PEÑA</b>						
			<b>CON C.C N°</b>		1.026.306.699	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>		PS 5141 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	30/03/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		\$ 1.230.132		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>		\$ 13.090.773		<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.539.455	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS</b>		CINCO (5) MESES (4) CUATRO DIAS				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:</b>			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADOO 05			
<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b>						
<i>(Deben ser coherentes con las actividades especificas realizadas durante el mes)</i>						
<b>ITEM</b>						
1	ASISTIR A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS					
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO					
3	SE REALIZA CARATERIZACION Y ACTUALIZACION E IDENTIFICACION DEL RIESGO EN SALUD EN LAS UPZ 036 CORRESPONDIENTE AL BARRIO LOS PIJAOS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA. Y RUTEO EN BARRIO CONTRISUR DE CRONICOS					
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	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE					
7	SE REALIZA CARACTERIZACION ALAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES					
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR					
9	ASISTENCIA A PREAUDITORIA					
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA					
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>						
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>						
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>
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)						
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>						
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1075038796		<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE		
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>			
<b>SALUD:</b>	<b>SALUD TOTAL</b>	20/08/2025	\$ 17.800			
<b>PENSIÓN:</b>	<b>PORVENIR</b>	20/08/2025	\$ 22.800			
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	<b>SURA</b>	20/08/2025	\$ 3.500			
<b>OTRO</b>			\$ -			
<b>TOTAL PAGADO</b>					<b>\$ 44.100</b>	
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>						
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, 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.						
<b>VI. ANEXOS</b>						
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)						
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>			 MICHEL CHIVATA PEÑA CC No 1026306699			
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>			 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA 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: 30/06/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MICHEL CHIVATA PEÑA	<b>CC:</b>	1026306699
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	MICHEL.21CHIVATA@GMAIL.COM	<b>TELÉFONO:</b>	3043264352
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	DIAGONAL 3 A 7 17 ESTE	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	(X)
<b>SI</b> 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.

<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)
--	--------	--------

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>Nº CUENTA:</b>	550.488.431.019.907
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	---------------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5141 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.539.455
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	31/03/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	31/08/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Michel Chivata Peña  
MICHEL CHIVATA PEÑA  
C.C 1026306699  
Cel: 3043264352

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-20, 09:05:15 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075038796

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

### PAGADO 20/08/2025

#### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MICHEL CHIVATA PEÑA		
Documento	CC1026306899	Dirección	DG 3A #7 - 17 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3043264352
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				Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TAE	TDP	TAP	VSF	VSF	SEU	SEU	SEU	VAC	VAC	VAC	VCT	RRP	RRP	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 1026306899	MICHEL CHIVATA PEÑA	59	00	X																					(230301) PORVENIR	\$ 142.350	\$ 22.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 142.350	\$ 17.800	2,436	\$ 142.350	\$ 3.500	(NIN-GC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 44.100

#### 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
\$ 142.350	\$ 142.350	\$ 142.350	\$ 0	\$ 22.800	\$ 17.800	\$ 3.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 44.100	\$ 0	\$ 44.100



## PSE - Transacción Aprobada CUS 1713913412

1 mensaje

<serviciopse@achcolombia.com.co>  
Para: michel.chivata22@gmail.com

mié, 20 de ago de 2025 a la hora 8:18 a. m.



¡Hola, Michel chivata peña !

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 44.100

**Empresa:** SIMPLE OI

**Descripción:** Pago de Seguridad Social

**Fecha de la transacción:** 20/08/2025

**CUS:** 1713913412

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.