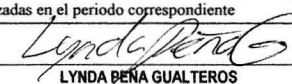
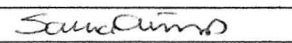
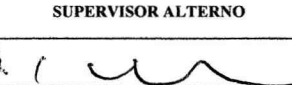


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
LYNDA PEÑA GUALTEROS					
CON C.C.Nº				1.015.422.407	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 5158 2025		FECHA INICIO CONTRATO	31/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.339.560		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 36.174.445		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.207.360	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:			SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:			LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		
ITE M	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	ATENCION MEDICA A PACIENTES CRONICOS CAPITAL SALUD				
2	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA RIOJA				
3	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA ALOJAMIENTO OCOBOS Y FUNDINES.				
4	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO				
5	VISITAS DOMICILIARIAS POR RUTEO A PACIENTES PRIORIZADOS POR CONDICIÓN CRONICA REALIZANDO ATENCIÓN EN SALUD				
6	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MEDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD				
7	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA EN DINAMICA GERENCIAL O EN FORMATO MANUAL SEGÚN PERTINENCIA				
8	DISPONIBILIDAD PARA JORNADAS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN INDÍGENAS EMBERA PRIORIZADA, TANTO EN ALBERGUES COMO EN SITUACIÓN DE RETORNO				
9	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS				
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA				
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.					
ITE M	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:	9490369516		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO		VALOR	
SALUD:	SALUD TOTAL	19/08/2025		\$ 346.200	
PENSIÓN:	PROTECCION	19/08/2025		\$ 443.100	
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	19/08/2025		\$ 67.500	
OTRO	MORA	19/08/2025		\$ 8.300	
TOTAL PAGADO				\$ 865.100	
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 ibc 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.					
VI. ANEXOS (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					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 LYNDA PEÑA GUALTEROS CC No 1015422407		
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:	LYNDA PEÑA GUALTEROS			CC:	1015422407
CORREO ELECTRÓNICO:	lynpengu90@gmail.com			TELÉFONO:	3223915507
DIRECCIÓN DOMICILIO:	kra 68b #68-22			CIUDAD:	Bogotá
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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	4802028820
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5158 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.207.360 ✓		
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025 ✓		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓				
 LYNDA PEÑA GUALTEROS C.C 1015422407 Cel: 3223915507					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono Exonerado SEMA e ICBF
CC 101542Z/407		PEDRA GUALTERROS LYNDIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KraebB68-22	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3223915507 No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION							
Periodo	Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1710900422	I	2025/08/04	2025/08/19	BANCO DANVIERENA	\$865,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLADO			NOVEDADES										PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES													
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	bae	dp	top	asp	cor	vet	sin	ige	ima	vac	vcl	lt	vfp	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SIAF LCR	Total Aportes			
1	CC	101-424207																	220201	30		\$2,768,830	\$443,100	EF5002	30	\$2,768,830	\$346,200	0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,768,830	\$67,500	0	\$0	No	\$856,800
Total		Afiliado(a) 1																				\$2,768,830	\$443,100			\$2,768,830	\$346,200	\$0	\$0	\$0	\$2,768,830	\$67,500	\$0	\$0	\$856,800			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF						
CC 1015422407		PEÑA GUALTEROS LYNDA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		kra68b#68-22		BOGOTA-BOGOTA D.E.		3223915507	No						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave			Tipo	Fecha			Pago										
Pensión	Salud	Pago		Planilla		Planilla		Limite	Pago		Banco		Días Mora		Valor				
2025-07	2025-07	1710906232		9490369516		I		2025/08/04		2025/08/19		BANCO DAVIVIENDA		15		\$865,100			
RESUMEN DE PAGO																			
RIESGO				CODIGO		NIT		DV		AFILIADOS		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORA		SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)										1		\$443,100		\$4,300		\$0		\$447,400	
PROTECCION				230201		800,229,739		0		1		\$443,100		\$4,300		\$0		\$447,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)										1		\$67,500		\$700		\$0		\$68,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS				14-23		860,011,153		6		1		\$67,500		\$700		\$0		\$68,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)										1		\$346,200		\$3,300		\$0		\$349,500	
SALUD TOTAL				EP5002		800,130,907		4		1		\$346,200		\$3,300		\$0		\$349,500	
TOTAL										1		\$856,800		\$8,300		\$0		\$865,100	



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **JHONATAN SMITH PARDO BRINEZ**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1019089002** y es titular de la cuenta terminada en ****7174** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
19/08/2025	\$ 865.100,00	APORTES EN LINEA	1710906232	10906232

Se expide en Bogotá, el 19-08-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

