
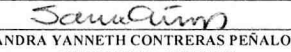
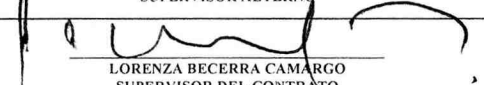


<small>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E</small> <small>APOYO - GESTI0N DE CONTRATACION</small> <small>FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION</small>		<small>C0DIGO: AP-IA-FT-</small> <small>077 VERSION: 2</small> <small>FECHA: 2025-06-09</small>	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
AURORA CHAVERRA MORENO			
CON C.C.N°		51 930.029	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ETNICO 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 5313 2025	FECHA INICIO CONTRATO	6/05/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.158.737	No. HORAS EJECUTADAS	184
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.301.611	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.903.192
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y TRECE (13) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION 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 especificas realizadas durante el mes)		
1	DESARROLLAR ACCIONES POR MEDIO DE GESTION COMUNITARIA YA SEA A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIO		
2	REALIZAR ACTIVIDADES Y SOPORTES ENMARCADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR		
3	DESARROLLAR ACCIONES DE MANERA EFECTIVA Y CON CALIDAD PARA APUNTAR AL MEJORAMIENTO TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR		
4	DESARROLLAR LA LECTURA Y APROPIACION DE LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO OPERATIVO DE ACCION INTEGRAL DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR		
5	DESARROLLAR ACCIONES A PARTIR DE LOS RIESGOS DESARROLLADOS EN LA POBLACION EMBERA CONFORME A LOS ANEXOS QUE HACEN RELACION A LA SUBRED		
6	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCION Y PREVENICION DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA		
7	ENTREGA DE FORMATO CON SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES		
8	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTION DOCUMENTAL		
9	APOYAR A LOS PERFILES ANCESTRALES, EN PROCESO DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES		
10	CONCERTAR ESPACIOS CON LA AUTORIDAD ETNICA, PARA ACCIONES COLECTIVAS		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u>			
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 <u>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074822908	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	FAMISANAR	13/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	13/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	SURA	13/08/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	13/08/2025	\$ 700
TOTAL PAGADO			\$ 441.200
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 ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion 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 pagar, por ocasion 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		 AURORA CHAVERRA MORENO CC No 51.930.029	
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:	AURORA CHAVERRA MORENO	CC:	51930029
CORREO ELECTRÓNICO:	aurorachaverram1968@gmail.com	TELÉFONO:	3223372125
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3 D ESTE 49 62 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 CAJA SOCIAL	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	24082779405
---------------------------------	-------------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5313 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.903.192
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		


AURORA CHAVERRA MORENO
C.C 51930029
Cel: 3223372125



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 11:53:40 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074822908

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823367321

PAGADO 13/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURORA CHAVERRA MORENO		
Documento	CC51930029	Dirección	CR 3D ESTE #49 - 62 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223372125
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	INC	RET	RET P	IDE	TAE	TDI	TAP	VSP	COR	VST	SEN	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	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 51930029	AURORA CHAVERRA MORENO	59	00																						(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR 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	\$ 700	\$ 441.200



~~Scotiabank~~



CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA

Puntored no te cobra por esta transaccion

Pago de facturas

TRANSACCION EXITOSA

Fecha 13/08/2025
Hora 11:32:46
Terminal 332559
Conve PILA PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
Cod. Convenio 0408
Referencia 8823367321
Valor \$441.200
TRANSACCION 001230005306
USUARIOGERMAN AUGUSTO BELTRAN GARZON

Linea de atencion personalizada en Hogota:
3487881 Resto del país: 01 8000 960 505

Aquí también puede pagar su tarjeta de
credito y créditos de consumo del Banco
Scotiabank Colpatría

BANCO SCOTIABANK CORPORA VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

