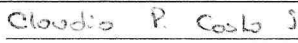

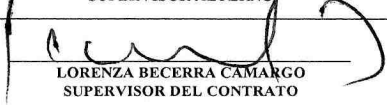
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ					
CON C.C. N°			52.309.403		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR.				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5584 2025		FECHA INICIO CONTRATO	29/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.248.798		No. HORAS EJECUTADAS	N/A	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 7.709.172			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.936
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DOS (2) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 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	ENTREGA Y RECEPCION DE INSUMOS BIOMEDICOS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES.				
2	ENTREGA DE INSUMOS DE PROTECCON PERSONAL AL TALENTO HUMANO DEL EQUIPO EBEH.				
3	RECEPCION DE CUENTAS DE COBRO DEL MES EN CURSO				
4	REALIZACION DE LA PLANILLA DE CUENTAS DE COBRO Y CERTIFICACION EN EL APLICATIVO MODULO DE CONTRATACION MENSUALMENTE.				
5	ALISTAMIENTO DE INSUMOS Y LOGISTICA PARA LAS JORNADAS PORGRAMADAS POR LA SDS.				
6	ORGANIZACIÓN DE PAPELERIA E INSUMOS PARA EL USO DIARIO DE LOS EQUIPOS EN CAMPO.				
7	REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTON DOCUMENTAL, ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO Y REGISTRO FUID.				
8	PROGRAMACION DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE INSUMOS BIOMEDICOS CON LOS INGENIEROS A CARGO.				
9	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS POR LOS LIDERES OPERATIVOS				
10	REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONVENIO ASIGNADAS DOR LIDERES OPERATIVOS				
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 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:	1074111368		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	SANITAS	12/08/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/08/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	12/08/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	12/08/2025	\$ 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 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		 CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ CC No 52.309.403			
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:	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	CC:	52309403
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciacastrosanchez1975@gmail.com	TELÉFONO:	3134441817
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91 C 5A 46 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	10006572
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	----------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5584 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.936
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/08/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025		

Claudia P. Castro S.

CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ
 C.C 52.309.403
 Cel: 3134441817

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-13, 04:37:35 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074111368

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8823061444

PAGADO 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ		
Documento	CC52309403	Dirección	KR91C 5A 46 SUR CASA 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3134441817
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											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RY	EP	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	
CC 52309403	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	59	00																			0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

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



patricia castro <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>
Para: apoyoehi.subredco@gmail.com

20 de agosto de 2025, 10:44 a.m.

Patricia Castro Sanchez
Digitadora Sub red Centro Oriente

----- Forwarded message -----

De: <serviciopse@achcolombia.com.co>
Date: mar, 12 de ago de 2025, 7:01 p. m.
Subject: PSE - Transacción Aprobada CUS 1697160445
To: <patriciacastrosanchez1975@gmail.com>



¡Hola, Claudia Patricia Castro Sanchez!

Estado de la Transacción: **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 443.100

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS
ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8823061444-202507-868460.
idTrans:868460

Fecha de la transacción: 12/08/2025

CUS: 1697160445

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.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."