

 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>			
<b>CRISTINA BATEZA QUERAGAMA</b>			
CON C.C N°		1.078.176.410	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	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		
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5659 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	6/05/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	3,555,567	<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 5.460.335	<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 1.899.953
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	DOS (2) MES VEINTISIETE (27) DIAS		
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	IDENTIFICACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS PRIORIZADAS (OFERTA DE SERVICIOS DISTRITALES)		
2	FORTALECIMIENTO DE ENLACES DIRECTOS DE COMUNICACIÓN CON LOS ACTORES ESTRATÉGICOS (SECTORES- COMUNIDAD Y LIDERES)		
3	APOYO A PERFILES ANCESTRALES Y DE MEDICINA TRADICIONAL.		
4	ARTICULACIÓN CON LÍDERES INDÍGENAS PARA IDENTIFICACIÓN DE NUEVAS FAMILIAS.		
5	ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS Y/O FAMILIAS EN LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD.		
6	ORIENTACIÓN Y EDUCACIÓN TRADICIONAL DE MEDIDAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO PARA LA POBLACIÓN CONFORME A LAS ADECUACIONES SOCIOCULTURALES.		
7	APOYO EN LAS TRADUCCIONES QUE SE REQUIERAN PARA MITIGAR BARRERAS DEL LENGUAJE		
8	DISPONIBILIDAD PARA LAS ATENCIONES QUE SE REQUIERAN EN EL MARCO DE LA SITUACIÓN EMERGENTE		
9	PARTICIPACIÓN EN LA GENERACIÓN DE CONTENIDOS DE LAS PIEZAS COMUNICATIVAS		
10	APOYAR LA DEMANDA INDUCIDA, INDICAR CITAS MÉDICAS Y RUTA DE LA SALUD PARA TRASLADOS DE POBLACIÓN INDÍGENA EMBERÁ.		
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>			
<b><u>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</u></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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> 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. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074074395	<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>
SALUD:	CAPITAL SALUD	14/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	14/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	14/08/2025	\$ 34.700
OTROS			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 440.500</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 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 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>	 CRISTINA BATEZA QUERAGAMA CC No 1078176410		
<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: 31/08/2025**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	CRISTINA BATEZA QUERAGAMA	<b>CC:</b>	1078176410
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	batezacristina93@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3171718904
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	CL 4 14 14	<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 1.2.4.1.6 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.

<b>BANCO AL CUAL CONSIGNAR:</b>	BANCO DAVIVIENDA	<b>TIPO DE CUENTA:</b>	AHORROS	<b>N° CUENTA:</b>	0550488452538983
---------------------------------	------------------	------------------------	---------	-------------------	------------------

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>N° DEL CONTRATO:</b>	PS 5659 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 1.899.953
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	5/06/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	31/08/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/08/2025 AL 31/08/2025		

*cristina*

CRISTINA BATEZA QUERAGAMA

C.C 1078176410

Cel: 3171718904

Bogotá, 14 de agosto de 2025

Apreciado usuario,  
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

**Información de la empresa:**

Razón Social: CRISTINA BATEZA QUERAGAMA

Documento de Identidad: CC 1078176410

Usuario: CRISTINA BATEZA

Teléfono: 3112754461

Número de Planilla: 1074074395

Fecha de Recepción: 14 de agosto de 2025

Periodo de Cotización: 2025-07

**Información relacionada a Pensiones**

Administradora: 25-14 - COLPENSIONES

Número de empleados: 1

Valor: \$229.100

**Información relacionada a Salud**

Administradora: EPSC34 - RECAUDO FOSYGA CAPITAL SALUD

Número de empleados: 1

Valor: \$179.100

**Información relacionada a Riesgos**

Administradora: 14-7 - SEGUROS BOLIVAR SA

Número de empleados: 1

Valor: \$34.900

Total Pagado: \$443.100

Cordialmente,

SERVICIO AL CLIENTE  
SIMPLE S.A.

¡Más que fácil, SIMPLE! ®

FonoSIMPLE: Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 -

Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971 Chat

[www.pagosimple.com/portal/chat](http://www.pagosimple.com/portal/chat); de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm. O

dejen su mensaje en nuestro formulario de contacto en [www.pagosimple.com/portal/contactenos](http://www.pagosimple.com/portal/contactenos).



# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-19, 12:27:05 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074074395

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

**PAGADO 14/08/2025**

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CRISTINA BATEZA QUERAGAMA		
Documento	CC1078176410	Dirección	CL 4 #15 - 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112754461
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	IND	RETE P	TALE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	CMA	VAC	AVP	IRP	Dias APP	Dias EPS	Dias ARP	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 1078176410	CRISTINA BATEZA QUERAGAMA	59	00															0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD	\$ 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

