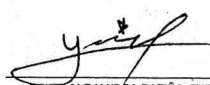
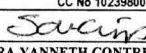
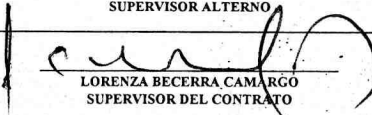


| | | | |
|--|--|--|----------------------|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION | | CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09 | |
| CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO | | | |
| | | CON C.C N° | 1.023.980.021 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ENFERMERIA 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR | | |
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 5898 2025 | FECHA INICIO CONTRATO | 9/07/2025 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | \$ 3.164.125 | No. HORAS EJECUTADAS | 184 |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: | \$ 7.291.245 | VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR: | \$ 4.071.713 |
| PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS | CINCUENTA Y CUATRO (54) DIAS | | |
| UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO | | |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: | LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05 | | |
| 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) | | | |
| ITEM | | | |
| 1 | REALIZAR IMPLEMENTACIONES A EL PLAN DE CUIDADO FAMILIAR EN LAS LOCALIDADES ESTABLECIDAS | | |
| 2 | PARTICIPAR EN EN PARQUE NACIONAL CON POBLACION EMBERA | | |
| 3 | ASISTIR A COMITÉ AMPLIADO | | |
| 4 | SUBIR INFORMACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DESARROLLADAS EN EL APLICATIVO Y DINAMICA, OPORTUNAMENTE. | | |
| 5 | PARTICIPAR DE REUNIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES DE HOGAR , PROGRAMADA POR LA PROFESIONAL DE APOYO. | | |
| 6 | REALIZAR PRE CRITICA O PRE AUDITORÍA, A LOS PRODUCTOS ENTREGADOS DURANTE EL PERIODO. | | |
| 7 | REALIZAR BUSQUEDA EN TERRITORIO Y LLAMADAS TELEFONICAS DE PACIENTES ASIGNADOS. | | |
| 8 | REALIZAR CORRECCIONES DE NOVEDADES PRESENTADAS EN EL CARGUE EN GITAPPS | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 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: | 88861495 | OPERADOR: | MI PLANILLA |
| CONCEPTO DEL PAGO | ENTIDAD | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |
| SALUD: | COMPENSAR | 8/08/2025 | \$ 178.000 |
| PENSIÓN: | COLFONDOS | 8/08/2025 | \$ 227.800 |
| RIESGOS LABORALES: | POSITIVA | 8/08/2025 | \$ 34.700 |
| OTRO | MORA | 8/08/2025 | \$ 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, 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente | | | |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |  YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO CC No 1023980021 | | |
| 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 | | |

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA
GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/08/2025

| | | | |
|-----------------------------|--|------------------|------------|
| NOMBRES Y APELLIDOS: | YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO | CC: | 1023980021 |
| CORREO ELECTRÓNICO: | al3jandra1999@gmail.com | TELÉFONO: | 3203903550 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO: | KR 1 23 27 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 | Nº CUENTA: | 24112090584 |
|---------------------------------|-------------------|------------------------|---------|-------------------|-------------|

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---|----|------------|
| Nº DEL CONTRATO: | PS 5898 2025 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO | \$ | 4.071.713 |
| FECHA DE INICIO CONTRATO | 9/07/2025 | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO: | | 31/08/2025 |
| PERIODO OBJETO DE COBRO: | 01/08/2025 AL 31/08/2025 | | | |


 YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO
 C.C 1023980021
 Cel: 3203903550

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1023980021 | YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO | | KR 1 23 27 SUR | 3203903550 | al3jandra1999@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D. C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 08/08/2025 | 88861495 | \$441.200 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|----------|-----------|--------------|------------------|--------------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|--------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|--------------|-----------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Contrato | Indicador | Extemporaneo | Comun. Extempor. | Extempor. No | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLH | SLI | SLC | AVP | VCT | IRL | CONTRIBUCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | | |
| 1 | CC | 1023980021 | PATIÑO GUERRERO YEIMY ALEJANDRA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1023980021 | YEIMY ALEJANDRA PATIÑO GUERRERO | | KR 1 23 27 SUR | 3203903550 | al3jandra1999@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D. C. | | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-07 | 2025-07 | I | 08/08/2025 | 88861495 | \$441.200 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 300 | 0 | 178.300 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 300 | 0 | 228.100 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 34.700 | | | | 34.700 | 2 | 100 | 34.800 | | | 347 | 34.800 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 178.000 | 178.300 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 440.500 | 441.200 |



¡Hola, Yeimy Alejandra Patiño Guerrero !

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 441.200
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla con Pago Protección Social
Fecha de la transacción: 07/08/2025
CUS: 1685252532

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta 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 solicitarle información personal.



Para mayor información comunícate con nosotros:

- En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5
- Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>


 Un servicio de 

 ACH Colombia Oficial
  @ACHColombia

 ACH Colombia Oficial
  ACH Colombia Oficial

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 Privado. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier revisión, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está estrictamente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección informacion@pse.com.co con copia a la persona dentro de quien se emitió el mensaje con respecto, y eliminar el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido enviado con software antivirus, con el fin de que contenga códigos maliciosos que puedan afectar sistemas de computación, del emisor, es responsabilidad del destinatario por fincar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no debe considerarse un contrato de ACH COLCABIA S.A. ni de ninguno de sus miembros de servicios financieros de la compañía. © 2025

