
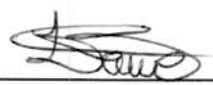
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E					
DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO					
CON C.C N°				1.021.662.702	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO 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 4676 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/2/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 3.075.008		No. HORAS EJECUTADAS	184	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.409.144			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 1.537.688
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCION DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 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	ALISTAMIENTO Y DEFINICIÓN DE TERRITORIOS PARA AVANZADA ACTAS Y ENTREGABLES DE TRABAJO REALIZADAS CON EL GEOGRAFO DE LOS EBEB Y PLAN DE ACCIONES DEL ACERCAMIENTO A LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS				
2	ACTUALIZAR DIARIAMENTE CRONOGRAMA CORRESPONDIENTE AL MES CON SUS RESPECTIVAS DIRECCIONES Y COMPLEMENTOS ADICIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO				
3	PRESENTAR SOPORTES COMO ACTAS DE ACERCAMIENTO A TERRITORIOS PRIORIZADOS, DIRECTORIO DE ACTORES SECTORIALES E INTERSECTORIALES IDENTIFICADOS				
4	ASISTIR A LOS ENCUENTROS PROGRAMADOS DE CAPACITACIÓN Y APROPIACIÓN DE ALGUNOS CONCEPTOS EN FALENCIA COMO APORTE PARA EL MEJORAMIENTO				
5	ASISTIR A REUNION DE EQUIPO MENSUAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL PROCESO, ARTICULACIÓN CON OTROS ESPACIOS Y ENTORNOS				
6	ASISTIR A LOS ESPACIOS PROGRAMADOS COMO REQUERIMIENTO POR LA SDS Y LA SUBRED PARA LA ACTUALIZACIÓN EN NUEVOS CONOCIMIENTOS Y APROPIACIÓN				
7	ASISTIR A REUNIONES CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS				
8	ENTREGAR CUENTAS DE COBRO DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS				
9	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES				
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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/09/2025 AL 30/09/2025"					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1074841953		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	FAMISANAR	10/9/2025	\$ 178.000		
PENSIÓN:	PROTECCION	10/9/2025	\$ 227.800		
RIESGOS LABORALES:	SURA	10/9/2025	\$ 34.700		
OTRO	MORA	10/9/2025	\$ 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 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 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 fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO CC No 1021662702		
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: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO <input type="checkbox"/>	CC:	1021662702
CORREO ELECTRÓNICO:	HIDALGODAVID2004@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3154380213
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 112 S 8A 26 E	CIUDAD:	BOGOTÁ DC
Manifiesto bajo la gravedad del juramento			
NO tomaré costos y deducciones		(X)	
SI tomaré costos y deducciones		()	
<p>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.</p>			
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:	NU BANK	TIPO DE CUENTA: AHORROS	Nº CUENTA: 45425103
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4676 2025 <input type="checkbox"/>	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.537.688
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/2/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/9/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
			
DAVID STIWAR HIDALGO ALFONSO C.C 1021662702 Cel: 3154380213			



Pago en:

SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción:

Pago PSE. Ref:8822611942-202508-955992. idTrans:955992

La cantidad de:

\$443.100,00

Impuesto del 4X1.000 de:

\$0,00

Impuesto IVA:

\$0,00

Fecha de transacción:

10/09/2025

CUS:

1768372213

Número de referencia 1:

02

Número de referencia 2:

900097333

Número de referencia 3: