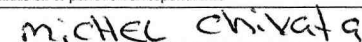
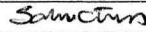
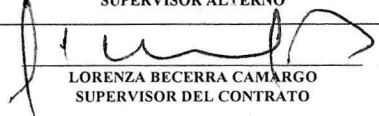
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CODIGO: AP-1A-FT-077 VERSION: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MICHEL CHIVATA PEÑA					
CON C.C.Nº				1.026.306.699	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR 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 5141-2025		FECHA INICIO CONTRATO	30/03/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.230.132		No. HORAS EJECUTADAS	5	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.090.773			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 69.020
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES (4) CUATRO 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	ASISTIR A REUNIONES DE EQUIPOS PROGRAMADAS POR LIDERES OPERATIVOS Y SDS				
2	SE HACE ENTREGA DEL CRONOGRAMA Y EL INFORME DE ACTIVIDADES DEL MES CORRESPONDIENTE AL APOYO DEL EQUIPO				
3	SE REALIZA CARACTERIZACION E IDENTIFICACION DEL BARRIO EN SALUD EN LAS VIVIENDAS CORRESPONDIENTE AL BARRIO PEÑAS Y PARA EL RESTO DEL MES SE REALIZAN CARACTERIZACION Y ACTUALIZACION EN LA MISMA Y RUTEO EN EL BARRIO CONTRAL DE CRONOS				
4	SE REALIZA CARACTERIZACION DE RUTEO EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS, GUSTAVO RESTREPO PRIORIDADES DE SALUD MENTAL				
5	SE REALIZA CARACTERIZACION DE LA BASE DE RUTEO RCB EN LOS DIFERENTES BARRIOS ASIGNADOS				
6	ABORDAJE DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCB Y SE HACE BARRIDO CORRESPONDIENTE				
7	SE REALIZA CARACTERIZACION A LAS PERSONAS QUE ACEPTA LA VISITA DE LOS DIFERENTES PERFILES				
8	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALISTAMIENTO FORMATOS DE FIRMAS Y ESTRATEGIA A ABORDAR				
9	ASISTENCIA A PREUDITORIA				
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA				
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 (01/06/2025) AL (30/06/2025)					
IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	1073434943		OPERADOR:	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR		
SALUD:	SALUD TOTAL	17/06/2025	\$ 23.800		
PENSIÓN:	PORVENIR	17/06/2025	\$ 30.400		
RIESGOS LABORALES:	SURA	17/06/2025	\$ 4.700		
OTRO			\$ -		
TOTAL PAGADO			\$	\$ 58.900	
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 Ibc 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, 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.					
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			 MICHEL CHIVATA PEÑA CC No 1026306699		
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: DD/MM/AÑO

NOMBRES Y APELLIDOS:	MICHEL CHIVATA PEÑA	CC:	1026306699
CORREO ELECTRÓNICO:	Michel.21chivata@gmail.com	TELÉFONO:	3043264352
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DIAGONAL 3 A 7-17 ESTE	CIUDAD:	BOGOTA D.C

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 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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	5,50488E+14
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	-------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:		VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 69.020
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	31/05/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/06/2025 AL 30/06/2025		

Michel Chivata

MICHEL CHIVATA PEÑA

C.C 1026306699

Cel: 3043264352

