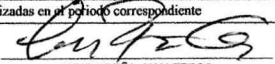
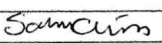
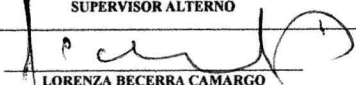


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LYNDA PEÑA GUALTEROS			
CON C.C.N°		1.015.422.407	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN MEDICINA 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 CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5158 2025	FECHA INICIO CONTRATO	31/03/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.339.560	No. HORAS EJECUTADAS	210
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 43.193.125	VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 8.269.380
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS (6) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO0 05		
ITE M	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	COBRO DE 26 HORAS ADICIONALES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$ 1.023.828		
2	COBRO DE 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$ 7.245.552		
3	ATENCION MEDICA A PACIENTES CRONICOS CAPITAL SALUD		
4	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA RIOJA		
5	ATENCION MEDICA A PACIENTES INDIGENAS COMUNIDAD EMBERA ALOJAMIENTO OCOBOS Y FUNDINES.		
6	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO		
7	VISITAS DOMICILIARIAS POR RUTEO A PACIENTES PRIORIZADOS POR CONDICIÓN CRONICA REALIZANDO ATENCIÓN EN SALUD		
8	VALORAR Y ENTREVISTAR PACIENTES CAPITAL SALUD POR MEDIO DE PERFIL PROFESIONAL COMO MEDICO SIGUIENDO LOS ESTATUTOS DE CALIDAD		
9	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA EN DINAMICA GERENCIAL O EN FORMATO MANUAL SEGÚN PERTINENCIA		
10	DISPONIBILIDAD PARA JORNADAS DE ATENCIÓN A POBLACIÓN INDÍGENAS EMBERA PRIORIZADA, TANTO EN ALBERGUES COMO EN SITUACIÓN DE RETORNO		
11	ASISTENCIA REUNIONES DE EQUIPO Y FORTALECIMIENTO, CONVOCADAS POR LIDERES OPERATIVOS		
12	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.			
ITE M	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:	9491837751	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	SALUD TOTAL	17/09/2025	\$ 349.100
PENSIÓN:	PROTECCION	17/09/2025	\$ 446.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/09/2025	\$ 68.100
OTRO	MORA	17/09/2025	\$ 8.300
TOTAL PAGADO			\$ 872.400
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 íbc se calculo sobre 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 cps, 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 LYNDA PEÑA GUALTEROS CC No 1015422407	
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:	LYNDA PEÑA GUALTEROS	CC:	1015422407
CORREO ELECTRÓNICO:	lyndapg90@gmail.com	TELÉFONO:	3223915507
DIRECCIÓN DOMICILIO:	kra 68b #68-22	CIUDAD:	Bogotá
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:	SCOTIABANK COLPATRIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
		Nº CUENTA:	4802028820
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 5158 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.269.380
FECHA DE INICIO CONTRATO	31/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		
 LYNDA PEÑA GUALTEROS C.C 1015422407 Cel: 3223915507			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015422407		PERA GUALTEROS LYNDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra68b#68-22	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3223915507	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-08	2025-08	1783067550	9491837751	I	2025/09/02	2025/09/17	BANCO DAVIVIENDA	15	\$872,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$446,900	\$4,300	\$0	\$451,200	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$446,900	\$4,300	\$0	\$451,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$68,100	\$700	\$0	\$68,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$68,100	\$700	\$0	\$68,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$349,100	\$3,300	\$0	\$352,400	
SALUD TOTAL	EP5002	800,130,907	4	1	\$349,100	\$3,300	\$0	\$352,400	
TOTAL				1	\$864,100	\$8,300	\$0	\$872,400	



Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.29.230.215
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9491837751
Valor:	872,400
Período de pago:	2025-08
No Transacción (CUS):	1783067550
Fecha:	2025/09/17
Banco:	BANCO DAVIVIENDA
Descripción :	Pago de la planilla de aportes con clave: 9491837751
Aportes en línea:	9999001472382

[Aceptar](#)[Imprimir](#)

Recuerda los canales de atención que tiene Aportes en Línea para brindarte soporte

- Si usted es un cliente empresarial comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 746 0888, Medellín 604 604 3010, Cali 602 485 2050, Barranquilla 605 385 8090, Cartagena: 605 693 4080 y en el resto del país 01 8000 510245.
- Si usted es independiente o empleador doméstico comuníquese con nuestras líneas de servicio telefónico en Bogotá 601 742 3900, Medellín 604 604 1060, Cali 602 485 3939, Barranquilla 605 385 2080, Cartagena 605 693 1515, Bucaramanga 607 697 0909, Ibagué 608 277 1100, Nacional 01 8000 524448
- Nuestro horario de atención con asesores telefónicos es de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y los sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

[¿Quiénes somos?](#)[Servicios que ofrecemos](#)[¿Cómo liquido mis aportes?](#)[¿Por qué elegirnos?](#)[Preguntas frecuentes](#)[Contáctenos](#)[Documentos y normas](#)[Línea Ética](#)

Copyright © 2025 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

