

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA- PL-077 VERSIÓN: 1 FECHA: 2025-06-09		
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y						
AURORA CHAVERRA MORENO						
			CON.C.C.Nº	51.930.029		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR ÉTNICO 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 5313 2025		FECHA INICIO CONTRATO	6/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.158.737		No. HORAS EJECUTADAS	184		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 9.206.379		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.904.812		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS:	CUATRO (4) MESES Y TRECE (13) DIAS					
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	DESARROLLAR ACCIONES POR MEDIO DE GESTION COMUNITARIA YA SEA A NIVEL INDIVIDUAL FAMILIAR Y COMUNITARIO					
2	REALIZAR ACTIVIDADES Y SOPORTES ENMARCADOS EN LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR					
3	DESARROLLAR ACCIONES DE MANERA EFECTIVA Y CON CALIDAD PARA APUNTAR AL MEJORAMIENTO TENIENDO EN CUENTA LOS LINEAMIENTOS DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR					
4	DESARROLLAR LA LECTURA Y APROPIACIÓN DE LOS CONCEPTOS ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO OPERATIVO DE ACCIÓN INTEGRAL DEL EQUIPO BASICO EXTRAMURAL HOGAR					
5	DESARROLLAR ACCIONES A PARTIR DE LOS RIESGOS DESARROLLADOS EN LA POBLACIÓN EMBERA CONFORME A LOS ANEXOS QUE HACEN RELACION A LA SUBRED					
6	REALIZAR ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD EN LAS FAMILIAS EMBERA					
7	ENTREGA DE FORMATO CON SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES					
8	ORGANIZAR LOS SOPORTES PARA LA GESTIÓN DOCUMENTAL					
9	APOYAR A LOS PERFILES ANCESTRALES, EN PROCESO DE COMPRA DE INSUMOS ANCESTRALES.					
10	CONCERTAR ESPACIOS CON LA AUTORIDAD ÉTNICA, PARA ACCIONES COLECTIVAS.					
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 (01/09/2023) AL (30/09/2025)						
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL						
No. DE PLANILLA:	1075563671					
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	OPERADOR:	FECHA DE PAGO	SIMPLE	VALOR	
SALUD:	FAMISANAR		11/09/2025		\$ 178.000	
PENSIÓN:	COLPENSIONES		11/09/2025		\$ 227.800	
RIESGOS LABORALES:	SURA		11/09/2025		\$ 34.700	
OTRO	MORA		11/09/2025		\$ 1.000	
TOTAL PAGADO					\$ 441.500	
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 ningún 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/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente						
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 AURORA CHAVERRA MORENO CC No 51.930.029			
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:	AURORA CHAVERRA MORENO	CC:	51930029
CORREO ELECTRÓNICO:	aurorachaverram1968@gmail.com	TELÉFONO:	3223372125
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 3 D ESTE 49 62 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 **N° CUENTA:** 24082779405

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5313 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.904.812
FECHA DE INICIO CONTRATO	6/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

Aurora
AURORA CHAVERRA MORENO
C.C 51930029
Cel: 3223372125

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-11, 11:06:05 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1075563671

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: agosto de 2025

Referencia pago (PIN): 8823438702

PAGADO 11/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AURORA CHAVERRA MORENO		
Documento	CC51930029	Dirección	CR 3D ESTE #49 - 62 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3223372125
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	USP	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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 51930029	AURORA CHAVERRA MORENO	59	00																(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 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	\$ 1.000	\$ 441.500





**Punto
-pago**

RECIBO DE PAGO

Fecha de venta: 11/09/2025 Hora: 10:45:39
Id comercio: 20171 No. Terminal: 671
Id Trx: 92533878 Id Aut: 40631
Comercio: PLATIK - BALOTO-ALMACENES
TAYRONA ASOCIADOS LTDA
Dirección: CR 19 18

RECAUDO PSP

TRANSACCIÓN EXITOSA

Convenio: PLANILLA ASISTIDA SIMPLE
referencia: 8823438702
Valor: \$ 441.500

ORIGINAL

Para cualquier reclamo es indispensable present
este recibo o comuníquese a los Tel. en Bogotá
3487881 o gratis en el resto del país 01800096050

