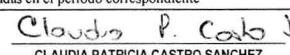
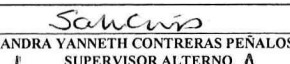

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN					
<b>CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y</b>					
<b>CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ</b>					
CON C.C. N°				52.309.403	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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 7124331-2024 CONVENIO MAS BIENESTAR.				
<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.</b>	PS 5584 2025		<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	29/05/2025	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 5.248.798		<b>No. HORAS EJECUTADAS</b>	N/A	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 10.169.546		<b>VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:</b>	\$ 2.539.936	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	CUATRO ( 4 ) MESES Y DOS ( 2 ) DIAS				
<b>UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:</b>	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR:</b>	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRAD00 05				
<b>ITEM</b>	<b>II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO</b> (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)				
1	ENTREGA Y RECEPCION DE INSUMOS BIOMEDICOS PARA LAS ACTIVIDADES EXTRAMURALES.				
2	ENTREGA DE INSUMOS DE PROTECCON PERSONAL AL TALENTO HUMANO DEL EQUIPO EBEH.				
3	RECEPCION DE CUENTAS DE COBRO DEL MES EN CURSO				
4	REALIZACION DE LA PLANILLA DE CUENTAS DE COBRO Y CERTIFICACION EN EL APLICATIVO MODULO DE CONTRATACION MENSUALMENTE.				
5	ALISTAMIENTO DE INSUMOS Y LOGISTICA PARA LAS JORNADAS PORGRAMADAS POR LA SDS.				
6	ORGANIZACIÓN DE PAPELERIA E INSUMOS PARA EL USO DIARIO DE LOS EQUIPOS EN CAMPO.				
7	REALIZAR ACTIVIDADES DE GESTON DOCUMENTAL, ORGANIZACIÓN DE ARCHIVO Y REGISTRO FUID.				
8	PROGRAMACION DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE INSUMOS BIOMEDICOS CON LOS INGENIEROS A CARGO.				
9	ASISTENCIA A REUNIONES PROGRAMADAS POR LOS LIDERES OPERATIVOS				
10	REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL CONVENIO ASIGNADAS DOR LIDERES OPERATIVOS				
<b>III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS</b>					
<b>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</b>					
<b>ITEM</b>	<b>CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>		
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 <b>clausula "Forma de Pago, CERTIFICO</b> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del ( 01/09/2025) AL (30/09/2025)					
<b>IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>					
<b>No. DE PLANILLA:</b>	1074841121		<b>OPERADOR:</b>	SIMPLE	
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR</b>		
<b>SALUD:</b>	SANITAS	13/09/2025	\$ 178.000		
<b>PENSIÓN:</b>	COLPENSIONES	13/09/2025	\$ 227.800		
<b>RIESGOS LABORALES:</b>	BOLIVAR	13/09/2025	\$ 34.700		
<b>OTRO</b>	MORA	13/09/2025	\$ 3.700		
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 444.200		
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>					
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 ningún 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.					
<b>VI. ANEXOS</b> (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)					
Anexar evidencias fotograficas/y/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente					
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>		 CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ CC No 52.309.403			
<b>FIRMA DE QUIEN VALIDA</b>		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO			
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:</b>		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO			

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ			CC:	52309403
CORREO ELECTRÓNICO:	patriciacastrosanchez1975@gmail.com			TELÉFONO:	3134441817
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 91 C 5A 46 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
<b>Manifiesto bajo la gravedad del juramento</b>					
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>					
<b>Régimen Simple De Tributación :</b> 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:	10006572
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5584 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.539.936		
FECHA DE INICIO CONTRATO	29/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025				
<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> <span style="font-family: cursive;">Claudia P. Castro S</span> </div> CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ C.C 52.309.403 Cel: 3134441817					

# Simple

## PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-15, 05:11:32 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074841121

Periodo Cotización: agosto de 2025

Periodo Servicio: agosto de 2025

Referencia pago (PIN): 8823061444

### PAGADO 13/09/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

#### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ			Dirección	KR91C 5A 46 SUR CASA 201		
Documento	CC52309403			Teléfono	3134441817		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación			
Representante Legal				ARP	SEGUROS BOLIVAR		
Total Afiliados	1						

#### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales																									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RE	RE D	RE E	TAE	TAE	TAP	TAP	VSP	VSP	VST	VST	SLN	SLN	IGE	IGE	LMA	LMA	VAC	VAC	AVP	AVP	VCT	VCT	IRP	IRP	Dist AFP	Dist AFP	Dist EPS	Dist EPS	Dist ARP	Dist ARP	Dist CCF	Dist CCF	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
CC 52309403	CLAUDIA PATRICIA CASTRO SANCHEZ	59	00																																	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

#### 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	\$ 3.700	\$ 444.200





**¡Hola, Claudia Patricia Castro Sanchez!**

**Estado de la Transacción:** **Aprobada**

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 444.200

**Empresa:** SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

**Descripción:** Pago PSE. Ref:8823061444-202508-964896.  
idTrans:964896

**Fecha de la transacción:** 13/09/2025

**CUS:** 1774929352

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten en cuenta 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 solicitarte información personal.

**\*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 Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección <https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda> en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias.\*