	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
MARIA TEREZA ARIZA MALAGON					
CON C.C N°	52019510				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESENTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION 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 4711 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.920.528	No. HORAS EJECUTADAS	220		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 24.177.184		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$	3.036.821
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE MESES (7) Y VEINTE (20) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN 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	OBSERVACION 1 VALOR INSUMOS ANCESTRALES $ 496.934
2	OBSERVACION 2 VALOR HONORARIOS $ 2.539.887
3	ACTIVACION DE RUTAS COMUNITARIAS, SECTORIALES E INTERSECTORIALES SEGÚN LAS SITUACIONES EN SALUD O SOCIALES QUE SE PRESENTEN
4	DIFUNDIR ESTRATEGIAS DE EDUCACION EN SALUD PUBLICA, CON ENFOQUE ETNICO DIFERENCIAL PARA EL CUIDADO DE LA COMUNIDAD
5	REALIZAR SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO AL COMPORTAMIENTO DE LAS CONDICIONES DE SALUD PRIORIZADAS EN LA COMUNIDAD
6	DILIGENCIAR LAS DIFERENTES FUENTES DE INFORMACION
7	REALIZAR SEGUIMIENTO POST EGRESO HOSPITALARIO
8	REALIZAR DEMANDA INDUCIDA PARA LAS JORNADAS DE SALUD, CITAS MEDICAS, RUTA DE LA SALUD
9	APOYAR CON LABORES ADMINISTRATIVAS
10	SEGUIMIENTOS HOSPITALARIOS CON EL FIN DE VERIFICAR CONDICIONES DE SALUD DE LOS USUARIOS

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.

	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 (01/09/2025) AL (30/09/2025)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1075603724	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	12/09/2025	$ 178.000
PENSIÓN:	COLPENSIONES	12/09/2025	$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	12/09/2025	$ 34.700
OTRO	CCF COMPENSAR + MORA	12/09/2025	$ 31.300
	TOTAL PAGADO		$ 471.800

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 afiliacion 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 fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizdas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	MARIA TERESA ARIZA MALAGON CC No 52019510
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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	MARIA TERESA ARIZA MALAGON	**CC:**	52019510
CORREO ELECTRÓNICO:	mtariza@gmail.com	**TELÉFONO:**	3138536394
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CALLE 70 C 57 24	**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 parágraf

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 ITAU**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**017111741**

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° DEL CONTRATO:	**PS 4711 2025**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**	**$ 3.036.821**
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/02/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

MARIA TEREZA ARIZA MALAGON
C.C 52019510
Cel: 3178754540

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-09-12, 08:22:07 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075603724

Periodo Cotización: agosto de 2025 **Periodo Servicio:** agosto de 2025

PAGADO 12/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA TERESA ARIZA MALAGON		
Documento	CC52019510	**Dirección**	CL 70C #57 - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6014323057
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	SLN	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AVP	Días IRP	Días VSP	Días COT	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 MinEstudio	Total
CC 52019510	MARIA TERESA ARIZA MALAGON	59	00																		0	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF24) COMFENALCO CCF	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

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	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 2.800	$ 471.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

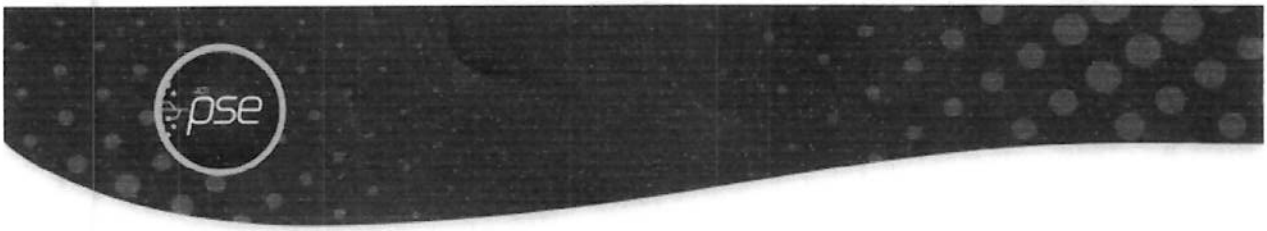
Gmail

Grinsy Deutsch <mtarizam@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 1771018800

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 12 de septiembre de 2025, 6:21
Para: mtarizam@gmail.com



¡Hola, MARIA TERESA ARIZA MALAGON!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 471.800

Empresa: SIMPLE OI

Descripción: Pago de Seguridad Social

Fecha de la transacción: 12/09/2025

CUS: 1771018800

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta 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.