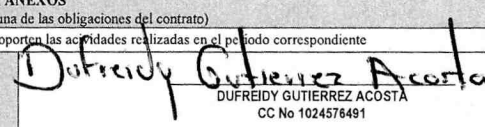
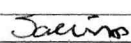
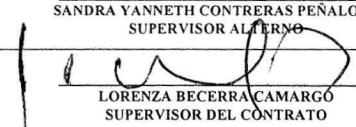


		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-077	
		APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA					
CON C.C.N° 1024576491					
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS 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 6242 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/09/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.862.584		No. HORAS EJECUTADAS	141	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.862.584		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.946.364	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	(20)VEINTE 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	CONSOLIDADO VSP				
2	APROPIACIÓN DE LINEAMIENTOS				
3	INDUCCION				
4	DESCARGA DE ARCHIVOS PLANOS				
5	SUBSANACIÓN DE HALLAZGOS				
6					
7					
8					
9					
10					
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (01/08/2025) AL (31/08/2025)					
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS		OPERADOR:	MI PLANILLA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD		FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	
SALUD:	SANITA		15/08/2025		
PENSIÓN:	PORVENIR		15/08/2025		
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		15/08/2025		
OTRO			15/08/2025		
TOTAL PAGADO				\$ 0	
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 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.					
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			 DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA CC No 1024576491		
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:	DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA	CC:	1024576491
CORREO ELECTRÓNICO:	XDUFREIDYX@GMAIL.COM	TELÉFONO:	3203583679
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG 68 n° 37 A 10 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:	CONSOLIDADO VSP				
--------------------------	-----------------	--	--	--	--

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6242 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.946.364
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:			


DUFREIDY GUTIERREZ ACOSTA
C.C. 1024576491
Cel: 3203583679

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE		2. Tipo de Afiliación		3. Régimen		4. Contribución solidaria	
1. Tipo de Trámite		A. Individual		B. Colectiva		A. Contributivo	
A. Afiliación		Beneficiario o Afiliado adicional		C. Institucional		B. Subsidiado	
5. Tipo de Afiliado		6. Tipo de Cotizante		7. Código		8. Contribución solidaria	
A. Cotizante		A. Dependiente		(a registrar por la EPS)		Si No	
B. Cabeza de Familia		B. Independiente					
C. Beneficiario		C. Pensionado					
D. Afiliado adicional							

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)							
8. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
Gutiérrez		Acosta		Dulce		Segundo Nombre	
9. Tipo de documento de identidad		10. Número del documento de identidad		11. Sexo biológico		12. Sexo identificación	
CC		1024576497		Femenino		F M T NB Otro	
14. Lugar de nacimiento		15. Fecha de nacimiento		16. Sexo identificación		17. Nacionalidad	
Colombia		18/09/1996		F M T NB Otro		Colombiana	
País		Departamento		Municipio			
Colombia		Bogotá		Bogotá			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS							
Datos Personales		18. Discapacidad		19. Tiene encuesta SISBEN		20. Clasificación SISBEN	
16. Etnia		Si No		Si No		Nivel Grupo	
17. Comunidad		Categoría de discapacidad					
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotización - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
				1423500			
26. Residencia Dirección		27. Residencia Teléfono Celular		28. Residencia Correo Electrónico		29. Residencia Localidad / Comuna	
3203583679		xduleidyx@gmail.com		Bogotá		Bogotá	
Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Cabecera Municipal Rural Disperso	
Bogotá		Bogotá		Ciudad Bolívar		Centro Poblado Resto Rural	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR							
Datos Básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante							
27. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
						Segundo Nombre	
28. Tipo de documento de identidad		29. Número del documento de identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación	
				Femenino Masculino		F M T NB Otro	
33. Lugar de nacimiento		34. Fecha de nacimiento		35. Sexo identificación		36. Nacionalidad	
País		Departamento		Municipio			

Datos Básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales							
35. Apellidos y nombres		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
						Segundo Nombre	
36. Tipo de documento de identidad		37. Número del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico	
						Femenino Masculino	
40. Sexo identificación		41. Lugar de nacimiento		42. Fecha de nacimiento			
F M T NB Otro Cual		País Departamento Municipio		País Departamento Municipio			

Datos complementarios del Beneficiario							
43. Parentesco		44. Etnia		45. Comunidad		46. Grupo de población especial	
						Si No	
						Si No	
						Si No	
						Si No	
						Si No	
						Si No	
						Si No	
						Si No	

51. Datos de residencia				52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
Departamento		Municipio / Distrito		Zona		Teléfono fijo y/o celular	
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural			
				Localidad/Comuna		Correo Electrónico	