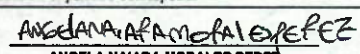
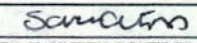
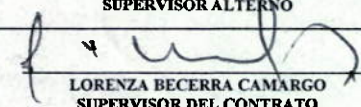
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-FT-877 VERSIÓN: 2 FECHA: 2022-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
ANGELA NAIARA MORALES PEREZ					
CON C.C N°			52.603.607		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL EN PSICOLOGIA 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 4782 2025		FECHA INICIO CONTRATO	10/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	7,995,904		No. HORAS EJECUTABAS	224	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 31.784.571			VALOR DE HONORARIOS PERIODO A CERTIFICAR:	\$ 5.024.320
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SIETE (7) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 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	COBRO DE 40 HORAS ADICIONALES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$897,200				
2	COBRO DE 184 HORAS REGULARES DEL MES DE SEPTIEMBRE POR UN VALOR DE \$4,127,120				
3	DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BASICO EXTRAMURALES, EN VISITAS DOMICILIARIAS ATENCION A USUARIOS				
4	PRESENTAR INFORMACION Y/O REPORTES QUE SOLICITAN CONFORME A LOS ANEXOS Y LINEAMINENTOS TECNICOS DEL CONVENIO VIGENTE Y SUSCRITO NETRE EL FDS Y LA SUBRED				
5	EL DILIGENCIAMIENTO, REGISTRO DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR EL PROFESIONAL EN EL APLICATIVO GITAPPS.SITE				
6	LA ELABORACION DE FORMATOS EXTRA EN DRIVE COMO PARTE DE LOS ENTREGABLES				
7	ASISTENCIA TECNICA DE CAPACITACION EN LA APLICACIÓN POR PARTE DE EL AREA DE SISTEMAS				
8	ACOMPANAMIENTO Y SEGUIMIENTO POR PARTE DE LOS LIDERES DE APOYO				
9	REALIZAR LA VERIFICACION Y SEGUIMIENTO A LOS CASOS ASIGNADOS QUE NO CUENTAN CON EL CONTACTO TELEFONICO, POR LO QUE SE REALIZA ACERCAMIENTO AL PREDIO DEL USUARIO				
10	REALIZAR CANALIZACIONES A LA ATENCION QUE SUS CONDICIONES DE VULNERABILIDAD LO REQUIERA				
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.					
ITEM	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:	9490448994		OPERADOR:	APORTES EN LINEA	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO		
SALUD:	COMPENSAR	17/09/2025	\$ 206.400		
PENSIÓN:	COLPENSIONES	17/09/2025	\$ 264.200		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	17/09/2025	\$ 40.300		
OTRO	MORA	17/09/2025	\$ 4.900		
TOTAL PAGADO			\$ 515.800		
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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMLV (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 y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente					
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA			 ANGELA NAIARA MORALES PEREZ CC No 52603607		
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:	ANGELA NAIARA MORALES PEREZ	CC:	52603607
CORREO ELECTRÓNICO:	annaaramorales1809@gmail.com	TELÉFONO:	3102141613
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 90 71A 81	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:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	488447024511
---------------------------------	------------	------------------------	---------	-------------------	--------------

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 4782 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.024.320
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 ✓		

ANGELANAIARAMORALES PEREZ

ANGELA NAIARA MORALES PEREZ

C.C 52603607

Cel: 3102141613

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 52403607

MORALES PEREZ ANGELA NAHARA

INDEPENDIENTE

CRA 90871A-81

BOGOTA-BOGOTA D.E.

1234567

No

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Salud

2025-08

Clave

Pago

1783427005

Planilla

9490448994

Tipo

Planilla

1

Fecha

Limite

2025/09/02

Pago

Banco

2025/09/17 BANCO DAVIVIENDA

Dias Mora

15

Valor

\$515,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

No.

Identificación

Nombre

NOVEDADES

PENSION

SALUD

CCF

RIESGOS

PARAFISCALES

1

CC 52403607

MORALES ANGELA

25-14

30

EP5008

30

0

14-23

30

2.400

0

No

Total

Afiliados(1)

SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)

Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)

Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Identificación

dv

Razon Social

Clase Aportante

Sucursal Principal

Direccion

Ciudad-Departamento

Teléfono

Exonerado SENA e ICBF

CC 52403607

MORALES PEREZ ANGELA NAHARA

INDEPENDIENTE

CRA 90871A-81

BOGOTA-BOGOTA D.E.

1234567

No

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo

Salud

2025-08

Clave

Pago

1783427005

Planilla

9490448994

Tipo

Planilla

1

Fecha

Limite

2025/09/02

Pago

Banco

2025/09/17 BANCO DAVIVIENDA

Dias Mora

15

Valor

\$515,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO

CODIGO

NIT

DV

AFILIADOS

VALOR LIQUIDADO

INTERESES MORA

SALDOS E INCAPACIDADES

VALOR A PAGAR

AFP (ADMINISTRADORAS: 1)

COLPENSIONES

25-14

900,336,004

7

1

\$264,200

\$2,500

\$0

\$266,700

ARL (ADMINISTRADORAS: 1)

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

14-23

860,011,153

6

1

\$40,300

\$400

\$0

\$40,700

EPS (ADMINISTRADORAS: 1)

COMPENSAR

EP5008

860,066,942

7

1

\$206,400

\$2,000

\$0

\$208,400

TOTAL

1

\$510,900

\$4,900

\$0

\$515,800



¡Hola, Naiara Morales!

Estado de la Transacción:

Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 515.800

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave.
9490448994

Fecha de la transacción: 17/09/2025

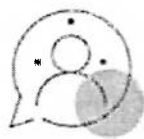
CUS: 1783427005

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.



Para mayor información comunícate con nosotros:

☎ En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

🌐 Contáctanos: <https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda>



Un servicio de



ACH Colombia Oficial



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia



ACH Colombia Oficial