

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-14-PT-077 VERSIÓN: 2	
APOYO - GESTIÓN DE CONTRATACIONES		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>MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ</b>			
CON C.C. N°		1 001.274.963	
<b>OBJETO DEL CONTRATO:</b>	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROMOTOR 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 N°.</b>	PS 3714 2025	<b>FECHA INICIO CONTRATO</b>	11/06/2025
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	\$ 4.317.891	<b>Nº. HORAS EJECUTADAS</b>	184
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:</b>	\$ 59.737.763		<b>VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CANCELAR:</b>
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS</b>	TRES (3) MESES Y DIECIOCHO (18) 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 GRADO 05		
<b>ITEM</b>	<b>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)</b>		
1	OBSERVACION I COBRO DE TENSORES CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE DE 2025 POR \$ 2.539.936		
2	PRESENTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES		
3	ASISTENCIA A REUNIONES DE EQUIPO PROGRAMADAS POR LINEAS OPERATIVAS Y SIB		
4	DIFERENCIAR DIARIAMENTE APLICATIVO EN LINEA CORRESPONDIENTE A PROGRAMA MAS BIENESTAR		
5	ACTIVAR Y NOTIFICAR LOS EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA DETECTADOS EN CADA UNA DE SUS INTERVENCIONES.		
6	PRESENTAR PREAUTORÍA DEL MES CORRESPONDIENTE, VERIFICANDO CON PROFESIONALES DE APOYO META ESTABLECIDA Y DALLADOR		
7	ABORDAR DE LOS CASOS PRIORIZADOS POR RCE Y JE BACE BARRIDO CORRESPONDIENTE		
8	REALIZAR LAS DEMÁS OBLIGACIONES QUE SE RELACIONEN CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y QUE SEAN REQUERIDAS		
9	TRABAJO ADMINISTRATIVO EN CASA PARA ALINEAMIENTO FORMATO DE FIRMAS Y SISTRATRIA A ABRINDAR		
10	DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA		
<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 SECOF?	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 cargo en el aplicativo secof 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)			
<b>IV. INFORMACION DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL</b>			
<b>No. DE PLANILLA:</b>	9490991703	<b>OPERADOR:</b>	APORTES EN LINEA
<b>CONCEPTO DEL PAGO</b>	<b>ENTIDAD</b>	<b>FECHA DE PAGO</b>	<b>VALOR PAGADO</b>
SALUD:	NUEVA EPS	15/09/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	15/09/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	15/09/2025	\$ 34.700
OTRO	MORA	15/09/2025	\$ 1.000
<b>TOTAL PAGADO</b>			\$ 441.500
<b>V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA</b>			
1 - Que desarrolló las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.			
2 - Que realizó el pago de la Seguridad Social donde 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 SMMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a eps, arl, pension, rut)			
3 - Que adjunto evidencia del cargo en el aplicativo secof 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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ CC No 1.001.274.963		
<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 /

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ	<b>CC:</b>	1001274963
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	nclh1904@gmail.com	<b>TELÉFONO:</b>	3229425520
<b>DIRECCIÓN DOMICILIO:</b>	KR 4 D 52B 62 SUR	<b>CIUDAD:</b>	BOGOTA

**Manifiesto bajo la gravedad del juramento**

<b>NO</b> tomaré costos y deducciones	(X)
<b>SI</b> 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 DAVIVIENDA **TIPO DE CUENTA:** AHORROS **Nº CUENTA:** 0550488430741378

**DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO**

<b>Nº DEL CONTRATO:</b>	PS 5714 2025	<b>VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO</b>	\$ 2.539.936
<b>FECHA DE INICIO CONTRATO</b>	11/06/2025	<b>FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:</b>	30/09/2025
<b>PERIODO OBJETO DE COBRO:</b>	1/09/2025 AL 30/09/2025 /		

*Nicol Lemus H*

MICHEL NICOL LEMUS HERNANDEZ

Cel: 3229425520

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Económico SENIA e ICBF	
CC 1001274963		LEMUS HERNANDEZ MICHEL NICOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 44 # 52	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	322943520	No	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Saldo	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Valor
2023-08		1775970002	9490991703		I	2023/09/12	2023/09/15	NEQUI	\$441,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES				RIESGOS				PARAFISCALES					
			Registro de Ingresos	Registro de Egresos	Registro de Ingresos	Registro de Egresos	Código	Días	Código	Días		Tarifa	Días			
SUCURSAL: PRINCIPAL (3 Afiliados)																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (3 Afiliados)																
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																
1	CC 1001274963	LEMUS MICHEL					23030	30	EP5037	30	0	14-23	30	2.43M	0	No
Total Afiliados(3)																

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Económico SENIA e ICBF	
CC 1001274963		LEMUS HERNANDEZ MICHEL NICOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 44 # 52	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	322943520	No	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Saldo	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Limite	Pago	Valor
2023-08		1775970002	9490991703		I	2023/09/12	2023/09/15	NEQUI	\$441,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,600	\$500	\$0	\$228,300	\$228,300
PORVENIR	230301	800,254,808	8	1	\$227,600	\$900	\$0	\$228,300	\$228,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	\$34,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	640,011,153	6	1	\$34,700	\$100	\$0	\$34,800	\$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	\$178,400
NUOVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$400	\$0	\$178,400	\$178,400
TOTAL				1	\$440,500	\$1,000	\$0	\$441,500	\$441,500



¡Hola, Michel Nicol Lemus Hernandez!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

Los siguientes son los datos de tu transacción:

**Valor:** \$ 441.500

**Empresa:** APORTES EN LINEA

**Descripción:** Pago de la Planilla de aportes con clave:  
9490991703

**Fecha de la transacción:** 14/09/2025

**CUS:** 1775570002

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



@ACHColombia\_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial

Para mavor información comunícate con nosotros: