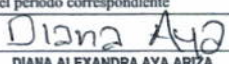


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISOR DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: APJA-PT-077 VERSIÓN: 2	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA			
CON C.C.N°		1.010.171.557	
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS 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 CONVENIO MAS BIENESTAR.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 4811 2025	FECHA INICIO CONTRATO 11/02/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.838.519	No. HORAS EJECUTADAS	42
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 21.735.769	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 579.768
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS SIETE (7) MESES 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 GRADO 05	
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	SE REALIZA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEDIANTE LA CARACTERIZACIÓN Y SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS DEL TERRITORIO 0 DE LA LOCALIDAD SAN CRISTÓBAL		
2	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DEL MES PROYECTADO A FIN DE MES Y SE ACTUALIZA DE MANERA DIARIA SEGÚN LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR		
3	SE LLENAN PLANILLAS CON LOS DATOS DE LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES EN EL TERRITORIO 096 DE LA LOCALIDAD SANTA FE		
4	SE ASISTE A REUNIONES Y CAPACITACIONES PRESENCIALES Y VIRTUALES CITADAS DURANTE DE MES POR PARTE DEL LÍDER DE EQUIPO		
5	SE REALIZA LECTURA DE GUÍA OPERATIVA DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES Y TODOS SUS ANEXOS Y SE REALIZA ACTA MANUAL LA CUAL SE ESCANEA Y SE ENTREGA AL LÍDER DE EQUIPO		
6	SE INGRESAN TODOS LOS DATOS OBTENIDOS DURANTE LAS ACCIONES EN CAMPO CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD EN EL APLICATIVO EN LÍNEA Y AL FINAL DEL MES SE ENTREGA LISTADO DE FIRMAS CON LAS VISITAS REALIZADAS DURANTE EL MES		
7	SE LE INFORMA A LA COMUNIDAD EN EL PROCESO DE LAS VISITAS SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE SE VAN A REALIZAR Y SE CONTACTAN LOS LÍDERES PARA ACCESO A PUNTOS QUE REQUIERAN ACOMPAÑAMIENTO		
8	SE REALIZAN NOTIFICACIÓN DE EVENTOS QUE SE IDENTIFIQUE DURANTE LAS VISITAS DE MANERA OPORTUNA		
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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1074069905	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR
SALUD:	COMPENSAR	13/08/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	13/08/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	BOLIVAR	13/08/2025	\$ 34.700
OTRO			\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
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 fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA CC No. 1.010.171.557	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERÍODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	

DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA		CC: 1010171557
CORREO ELECTRÓNICO:	dianbalexar@gmail.com		TELÉFONO: 3162673899
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 12B 26A 01 SUR		CIUDAD: BOGOTÁ
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			
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: 0570000770180941
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº DEL CONTRATO:	PS 4811 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 579.768
FECHA DE INICIO CONTRATO	11/02/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/08/2025 AL 31/08/2025 ✓		
 DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA C.C 1.010.171.557 Cel: 3162673899			

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLICUACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-14, 04:23:56 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1074089905

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

Referencia pago (PIN): 8810766451

PAGADO 13/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA		
Documento	CC1010171557	Dirección	CR 12A #12 - 89 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3102673899
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTÁ D.C.	Departamento	BOGOTÁ D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas			Parafiscales		Total
		Apoías y Membres	Tipo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización	Saldo Cotización
Identificación	CC 1010171557	DIANA ALEXANDRA AYA ARIZA	89	00																			

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 1.423.500	IBC Riesgos	\$ 1.423.500	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 227.800	Aportes Salud	\$ 178.000	Aportes Riesgos	\$ 34.700	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sana	\$ 0	Aportes KCBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Salones a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 440.500	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 440.500
-------------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



¡Hola, Diana Alexandra Aya Ariza!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: \$ 440.500

Empresa: SISTEMA INTEGRADO MULTIPLE DE PAGOS ELECTRONICOS S

Descripción: Pago PSE. Ref:8810766451-202507-872000. idTrans:872000

Fecha de la transacción: 13/08/2025

CUS: 1699331882

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



ACHColombiaOficial



@ACHColombia_



ACH Colombia Oficial