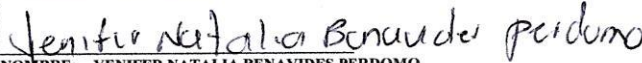
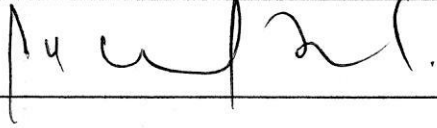
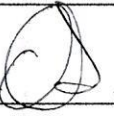
		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			1.023.007.288		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 SED 7827009/2025			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5415 2025		FECHA INICIO CONTRATO 13/5/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$		4.465.076		PLAZO INICIAL DEL CONTRATO UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$		4.465.076		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 1.549.108	
Nº DE INFORME: 1		Nº CRP:		Nº CDP: 1489	
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS		UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIONES DEL CONTRATO: 0		TIPO DE MODIFICACIÓN		ADICIONES 0	
VALOR ADICIONADO \$ -		CDP DE LA ADICIÓN: 0		PRORROGAS 0	
				TIEMPO PRORROGA DO: 0	
III. POLIZAS					
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO? SI				NO X	
Nº DE PÓLIZA:				NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	
FECHA DE LA PÓLIZA				FECHA DE APROBACIÓN:	
IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)					
1 Realizar actividades de promoción y prevención, estilos de vida saludable y acompañamiento en tiempos establecidos en la IED Los Alpes					
2 Actuar como apoyo ante las situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED					
3 Asistencia a reunion el día 15 Mayo en IED Gustavo Restrepo para reinducción reporte de actividades y obligaciones contractuales					
4 Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas					
5 Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal					
6 Se realiza apoyo a primer respondiente en caso de accidentes escolares y acorde a lo establecido en la ruta de accidentes escolares de la SED					
7 Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de Mayo					
8 Para el mes de Mayo el cumplimiento es de 50 actividades					
9 Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.					
10 Se realiza reporte diario de las actividades desarrolladas en cada sede y jornada en planilla de firmas y planillas Drive del convenio y enlace de SED					
11 se realiza apoyo a jornadas educativas y de salud referentes a Tarnizaje de talla y peso y jornadas de vacuacion segun demanda					
12 Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de Mayo					
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL					
No. DE PLANILLA: 1072592598		OPERADOR:		SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO		ENTIDAD		FECHA DE PAGO	
SALUD:		FAMISANAR		9/05/2025	
PENSIÓN:		PORVENIR		9/05/2025	
RIESGOS LABORALES:		POSITIVA		9/05/2025	
OTRO		N/A		9/05/2025	
TOTAL PAGADO				\$ 440.500,00	
VI. 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 SMM.L.V (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.					
VII. 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					
Yenifer Natalia Benauides Perdomo					
YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA CC: 1.023.007.288 CEL: 3116031043					

 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: 6 FECHA: 2024-09-16	
DATOS DEL CONTRATISTA			
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/05/2025			
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO		CC: 1.023.007.288
CORREO ELECTRÓNICO:	BYENIFERNATALIA@GMAIL.COM		RUT (NIT):
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 75 C BIS SUR 4 18		TELÉFONO: 3116031043
			CIUDAD: BOGOTÁ
Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.			
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.			
Regimen 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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		Nº CUENTA:	38874025710
NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)			
Nº DEL CONTRATO:	P5 5415 2025	Nº CDP:	1489
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:			14/05/2025 al 31/05/2025
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	\$ 1.549.108 UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHO PESOS M/CTE		
 NOMBRE: YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO CC 1.023.007.288 CEL 3116031043			

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
NOMBRE DEL CONTRATISTA		YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO		
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		1.023.007.288		
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROMOTOR DE BIENESTAR 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 SED 7827009/2025			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5415 2025	FECHA INICIO CONTRATO	13/05/2025	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.465.076			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 4.465.076	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.549.108	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	1	Nº CRP INICIAL:		Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 1489
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1072592598	OPERADOR:	SIMPLE	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	CONVENIO 7827009-2025 SED DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES				
Nº DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN - PRÓRROGA):	0	0
VALOR ADICIONADO	\$ -	CDP DE LA	0	TIEMPO 0
III. POLIZAS (SI APLICA)				
¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI	NO	X	
Nº DE PÓLIZA:	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:			
FECHA DE LA PÓLIZA	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:			
IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS				
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO 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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 14/05/2025 al 31/05/2025				
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:				
		NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LORENZA BECERRA CAMARGO CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
				
		NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PERFIL: COORDINADORA CONVENIO 7827009/2025		

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-09, 07:45:21 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1072592598

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

PAGADO 09/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO			Dirección	CALLE 75 C BIS SUR 4 18 ESTE
Documento	CC1023007288			Teléfono	3116031043
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COI	VST	BLN	IDE	LMA	YAC	VAC	WCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF	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 Ministerio	Total	
CC 1023007288	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO	57	00																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EP9017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,438	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

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 Mln 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	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 0	\$ 440.500