

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-08-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO			CC:	1023007288	
CORREO ELECTRÓNICO:	BYENIFERNATALIA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3116031043	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 75 C BIS SUR 4 18			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	38874025710	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 5415 2025	N° CDP:	2516	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO (5) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/05/13	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/30			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/08/01 AL 2025/08/31					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 2.733.720					



YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO
PS_5415_2025_E7AEB1

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO
CC: 1023007288
CEL: 3116031043

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
 YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO

CON C.C N° 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	2025/05/13
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 4.465.076	No. HORAS EJECUTADAS	0
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 10.570.384	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.733.720
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO (5) MESES		

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO

ITEM	II. 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 criticas que requieran la intervencion del equipo OCE de la SED
3	Fomentar estilos de vida saludable mediante programa de estrategias pedagógicas, líneas pedagógicas en cada una de las IED asignadas
4	Se realiza reporte diario en el link de Edusitio con actividades desarrolladas, se cargan en el drive evidencias fotográficas y plan de trabajo semanal
5	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
6	Se entrega en la institución educativa informe de las actividades cuantitativas y cualitativas del mes de agosto
7	Para el mes de agosto el cumplimiento es de 75 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa
8	Se participa en los espacios de comités de gestión de riesgo y emergencias escolares convocados por las IED a demanda.
9	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
10	se realiza apoyo a jornadas educacativas y de salud referentes a Tamizaje talla y peso y jornadas de vacunacion segun demanda
11	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiologica del mes de agosto

III. 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 (2025-08-01) AL (2025-08-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 1074695657	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	2025/08/12	\$ 100.900
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/08/12	\$ 129.100
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/08/12	\$ 19.700

OTRO			
TOTAL PAGADO		\$ 249.700	
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período 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.			
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 período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		<div><div>YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO PS_5415_2025_E7AEB1</div></div> <div>YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO CC: 1023007288</div>	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		<div><div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS PS_5415_2025_E7AEB1</div></div> <div>OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS SUPERVISOR ALTERNO</div>	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		<div><div>LORENSA BECERRA CAMARGO PS_5415_2025_E7AEB1</div></div> <div>LORENSA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>	



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-08-12, 07:02:30 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1074695657

Periodo Cotización: julio de 2025

Periodo Servicio: julio de 2025

PAGADO 12/08/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

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

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	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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	59	00	X														0	17	17	0	(230301) PORVENIR	\$ 806.650	\$ 129.100	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 806.650	\$ 100.900	2.436	\$ 806.650	\$ 19.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.700	

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 Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 806.650	\$ 806.650	\$ 806.650	\$ 0	\$ 129.100	\$ 100.900	\$ 19.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.700	\$ 0	\$ 249.700