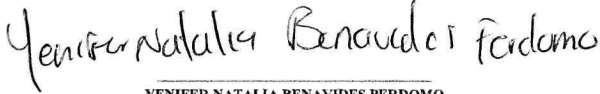
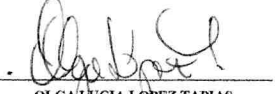
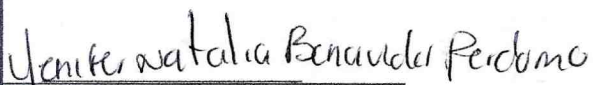


<div>  <div> Ministerio de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. </div> </div> <div> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN </div> <div> CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 </div>			
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	13/05/2025		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	4.465.076		
No. HORAS EJECUTADAS	N/A		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	7.836.664		
VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.549.108		
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	UN (04) MESES Y VEINTIUN (21) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
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)			
ITEM			
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	Se realiza proyecto pedagógico semana de Estar bien del 21 al 25 de julio		
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 julio		
8	Para el mes de junio el cumplimiento es de 70 actividades con reporte de video y planeacion proyecto experiencia significativa		
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 Tunizaje de talla y peso y jornadas de vacunación segun demanda		
12	Acompañamiento a cursos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de julio		
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 clausula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 14/07/2025 al 31/07/2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	1073527193	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	16/07/2025	\$ 118.700
PENSIÓN:	PORVENIR	16/07/2025	\$ 151.900
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	16/07/2025	\$ 23.200
OTRO	N/A	16/07/2025	\$ -
TOTAL PAGADO			\$ 293.800
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 jbe se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMVL (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		 YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO C.C N° 1.023.007.288	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 OLGA LUCIA LOPEZ TAPIAS COORDINADORA CONVENIO SED SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO	

		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: 7 FECHA: 2025-06-09	
DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/07/2025					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO			CC:	1.023.007.288
CORREO ELECTRÓNICO:	BYENIFERNATALIA@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3116031043
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 75 C BIS SUR 4 18			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 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:	BANCOLOMBIA		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA: 38874025710
DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 5415 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.549.108		
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	14/07/2025 al 31/07/2025				
<div style="display: flex; align-items: center;">  <div> YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO 1.023.007.288 3116031043 </div> </div>					

Simple

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-07-17, 04:36:30 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1073527193

Periodo Cotización: junio de 2025

Periodo Servicio: junio de 2025

PAGADO 16/07/2025 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	TOP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ISE	INC	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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	59	00	X															0	20	20	20	0	(230301) PORVENIR	\$ 949.000	\$ 151.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 949.000	\$ 118.700	2,438	\$ 949.000	\$ 23.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 293.800

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
\$ 949.000	\$ 949.000	\$ 949.000	\$ 0	\$ 151.900	\$ 118.700	\$ 23.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 293.800	\$ 0	\$ 293.800

