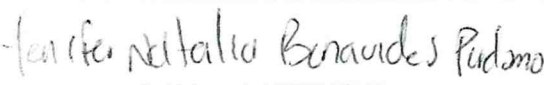


 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCION Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTION		CÓDIGO: AP-1A-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA 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 7837009/2025	
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	20 DIAS
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	4.465.076	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.822.480
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PROROGAS	UN (01) MES Y DIECINUEVE (19) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TÉCNICO 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	Los días 5 y 12 de junio se recibe taller virtual de didácticas de bienestar estudiantil otorgado por la SED		
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 Edusio 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 junio		
8	Para el mes de junio el cumplimiento es de 75 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 Tamizaje de talla y peso y jornadas de vacunación según demanda		
12	Acompañamiento a casos reportados y notificación al componente de vigilancia epidemiológica del mes de junio		
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 59 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 1/06/2025 al 20/06/2025			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL.			
No. DE PLANILLA:	1072592650	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	13/06/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENTR	13/06/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	13/06/2025	\$ 34.700
OTRO	N/A	13/06/2025	\$ -
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 SMLV (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		 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: 30/06/2025

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	()

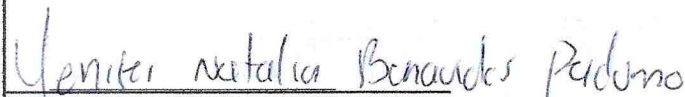
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación 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.

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	\$ 1.822.480
FECHA DE INICIO CONTRATO	13/05/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	1/06/2025 al 20/06/2025		


YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO
1.023.007.288
3116031043



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-06-13, 12:58:30 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1072592650

Periodo Cotización: mayo de 2025 Periodo Servicio: mayo de 2025

PAGADO 13/06/2025

. APORTANTE

	YENIFER NATALIA BENAVIDES PERDOMO		
	CC1023007288	Dirección	CALLE 75 C BIS SUR 4 18 ESTE
esa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3116031043
	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
e Legal		Identificación	
s	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

DEL APORTANTE

s del Afiliado			Novedades													Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Ildos y Nombres	Tipo Colizante	Subtipo Colizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	WST	SUN	UDE	LMA	VAC	AVP	YCT	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

:S

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
\$ 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

